This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

**Acerca de este libro**

Esta es una copia digital de un libro que, durante generaciones, se ha conservado en las estanterías de una biblioteca, hasta que Google ha decidido escanearlo como parte de un proyecto que pretende que sea posible descubrir en línea libros de todo el mundo.

Ha sobrevivido tantos años como para que los derechos de autor hayan expirado y el libro pase a ser de dominio público. El que un libro sea de dominio público significa que nunca ha estado protegido por derechos de autor, o bien que el período legal de estos derechos ya ha expirado. Es posible que una misma obra sea de dominio público en unos países y, sin embargo, no lo sea en otros. Los libros de dominio público son nuestras puertas hacia el pasado, suponen un patrimonio histórico, cultural y de conocimientos que, a menudo, resulta difícil de descubrir.

Todas las anotaciones, marcas y otras señales en los márgenes que estén presentes en el volumen original aparecerán también en este archivo como testimonio del largo viaje que el libro ha recorrido desde el editor hasta la biblioteca y, finalmente, hasta usted.

**Normas de uso**

Google se enorgullece de poder colaborar con distintas bibliotecas para digitalizar los materiales de dominio público a fin de hacerlos accesibles a todo el mundo. Los libros de dominio público son patrimonio de todos, nosotros somos sus humildes guardianes. No obstante, se trata de un trabajo caro. Por este motivo, y para poder ofrecer este recurso, hemos tomado medidas para evitar que se produzca un abuso por parte de terceros con fines comerciales, y hemos incluido restricciones técnicas sobre las solicitudes automatizadas.

Asimismo, le pedimos que:

+ *Haga un uso exclusivamente no comercial de estos archivos* Hemos diseñado la Búsqueda de libros de Google para el uso de particulares; como tal, le pedimos que utilice estos archivos con fines personales, y no comerciales.

+ *No envíe solicitudes automatizadas* Por favor, no envíe solicitudes automatizadas de ningún tipo al sistema de Google. Si está llevando a cabo una investigación sobre traducción automática, reconocimiento óptico de caracteres u otros campos para los que resulte útil disfrutar de acceso a una gran cantidad de texto, por favor, envíenos un mensaje. Fomentamos el uso de materiales de dominio público con estos propósitos y seguro que podremos ayudarle.

+ *Conserve la atribución* La filigrana de Google que verá en todos los archivos es fundamental para informar a los usuarios sobre este proyecto y ayudarles a encontrar materiales adicionales en la Búsqueda de libros de Google. Por favor, no la elimine.

+ *Manténgase siempre dentro de la legalidad* Sea cual sea el uso que haga de estos materiales, recuerde que es responsable de asegurarse de que todo lo que hace es legal. No dé por sentado que, por el hecho de que una obra se considere de dominio público para los usuarios de los Estados Unidos, lo será también para los usuarios de otros países. La legislación sobre derechos de autor varía de un país a otro, y no podemos facilitar información sobre si está permitido un uso específico de algún libro. Por favor, no suponga que la aparición de un libro en nuestro programa significa que se puede utilizar de igual manera en todo el mundo. La responsabilidad ante la infracción de los derechos de autor puede ser muy grave.

**Acerca de la Búsqueda de libros de Google**

El objetivo de Google consiste en organizar información procedente de todo el mundo y hacerla accesible y útil de forma universal. El programa de Búsqueda de libros de Google ayuda a los lectores a descubrir los libros de todo el mundo a la vez que ayuda a autores y editores a llegar a nuevas audiencias. Podrá realizar búsquedas en el texto completo de este libro en la web, en la página `http://books.google.com`

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
SAN FRANCISCO MEDICAL CENTER
LIBRARY

# REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

# CIENCIAS MÉDICAS

UNIV. OF CALIFORNIA

FUNDADA POR

## DON FEDERICO RUBIO Y GALÍ

---

DIRECTOR

DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Dr. S. García Hurtado. Dr. R. Luis y Yagüe.

## TOMO XVI

(Números XXXII, XXXIII y XXXIV, Agosto, Octubre, Diciembre.)

MADRID

DIRECCIÓN Y GERENCIA: INSTITUTO RUBIO, LA MONCLOA

1906

# REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

# CIENCIAS MÉDICAS

UNIV. OF CALIFORNIA

FUNDADA POR

## DON FEDERICO RUBIO Y GALÍ

---

DIRECTOR

DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Dr. S. García Hurtado. Dr. R. Luis y Yagüe.

---

## TOMO XVI

(Números XXXII, XXXIII y XXXIV, Agosto, Octubre, Diciembre.)

---

MADRID

DIRECCIÓN Y GERENCIA: INSTITUTO RUBIO, LA MONCLOA

1906

UNIV. OF CALIFORNIA

R71
R43
v.16-17

Gift of J. C. Cebrian

11.161.—Imprenta de Idamor Moreno, Tutor, 22.—Teléf. 2.000.

# ÍNDICE DEL TOMO DÉCIMO-SEXTO

Páginas.

UN CASO DE RIÑÓN MOVIBLE É HIDRONEFROSIS DERECHA POR ACODAMIENTO DEL URÉTER *(nota clínica)*, por el Dr. Eulogio Cervera y Ruiz ..... 1
ERRORES DE DIAGNÓSTICO *(nota clínica)*, por el Dr. Francisco Botín ..... 8
SOBRE EL TRATAMIENTO DE TRES ENFERMOS CON DEFECTOS FUNCIONALES DE LA CADERA *(nota clínica)*, por el Dr. Saturnino García y Hurtado ..... 13
RESULTADOS DE LA TIOSINAMINA EN EL TRATAMIENTO DE LA OTOESCLEROSIS *(nota clínica)*, por el Dr. A. G. Tapia ..... 25
PIES PLANOS Y EN VALGUS *(nota clínica)*, por los Dres. Palacios y Riosalido ..... 31
CÁNCER DEL CARDIAS Y CURVADURA MENOR DIAGNOSTICADO POR ESOFAGOSCOPIA *(nota clínica)*, por el Dr. R. Luis y Yagüe ..... 35
QUISTES HIDATÍDICOS NOTABLES *(nota clínica)*, por el Dr. Rafael García de Arias ..... 43
ALGO SOBRE TRANSPLANTACIONES Ó INJERTOS TENDINOSOS *(trabajo original)*, por el Dr. A. Martínez Ángel ..... 57
LA PUBIOTOMÍA SUBCUTÁNEA *(trabajo original)*, por el Dr. Carmelo Gil ..... 62
DE LAS INFECCIONES TÍFICAS *(trabajo original)*, por el Dr. Antonio Mut ..... 75
ERUPCIONES MEDICAMENTOSAS *(trabajo original)*, por el Dr. Antonio Pardo Regidor ..... 88
ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LA MUERTE DE GAMBETTA *(trabajo original)*, por el Dr. Spreáfico ..... 93
LA SEMEYÓTICA PUPILAR EN NEUROPATOLOGÍA *(trabajo original)*, por el Dr. E. Fernández Sanz ..... 102

REVISTA DE ESPECIALIDADES ..... 121

*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. L. y Yagüe ..... 113
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez ..... 118
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. D. Enrique Vilches y Gómez ..... 124
*Oto-rino-laringología*, por el Dr. A. G. Tapia ..... 129
*Ósteo-artropatías y Cirugía ortopédica*, por el Dr. Saturnino G. Hurtado ..... 134
*Proctología*, por el Dr. F. Martínez Suárez ..... 136
*Vías urinarias*, por el Dr. L. González Bravo ..... 140

33706

Páginas.

VARIEDADES ..... 146

Los sanatorios marítimos en Portugal, por el Dr. Calatraveño ..... 146
Una estación helioclimatoterápica, por el Dr. Eduardo Masip ..... 151
El nuevo ministro de Instrucción pública ..... 159

LAS RETRODESVIACIONES UTERINAS COMO CAUSA DEL ABORTO HABITUAL *(nota clínica)*, por el Dr. Eugenio Gutiérrez ..... 161
SEGUNDA NOTA SOBRE UN CASO DE CÁNCER DE LA CARA POSTERIOR DEL CIEGO, por el Dr. M. del Castillo ..... 169
LA PLEURESÍA CON SIGNOS PSEUDOCAVITARIOS EN LOS NIÑOS *(nota clínica)*, por el Dr. Celestino Molinar y Sanz ..... 172
UN CASO DE LUXACIÓN DOBLE CONGÉNITA DE LA CADERA CURADA POR LA REPOSICIÓN INCRUENTA, SEGÚN EL MÉTODO DE LORENZ *(nota clínica)*, por el Dr. J. Goyanes ..... 177
ALGUNAS CONSIDERACIONES CLÍNICAS SOBRE EL TRATAMIENTO DE CIERTAS HEMORRAGIAS UTERINAS POR EL LEGRADO DEL ÚTERO *(nota clínica)*, por el Dr. Francisco Blasco y Soto ..... 185
LA ASISTENCIA DE LOS ALIENADOS CRIMINALES EN LOS ASILOS ESPAÑOLES, Y ESPECIALMENTE EN EL DE SAN BAUDILIO (BARCELONA) *(nota clínica)*, por el Dr. A. Rodríguez Morini ..... 192
UN CASO DE LUXACIÓN CONGÉNITA DEL RADIO *(nota clínica)*, por el Dr. José de Palacios y Olmedo ..... 199
DOS CASOS DE ABSCESO RETROFARÍNGEO *(nota clínica)*, por el doctor Jiménez Encinas ..... 202
HERNIA INGUINAL MUY VOLUMINOSA *(nota clínica)*, por el Dr. Pablo Lozano Ponce de León ..... 205
LOS NEURASTÉNICOS *(trabajo original)*, por el Dr. Antonio Mut ..... 213
LA SEMEYÓTICA PUPILAR EN NEUROPATOLOGÍA *(trabajo original)*, por el Dr. E. Fernández Sanz ..... 219
ALGUNOS DATOS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL ESÓFAGO, NECESARIOS PARA LA PRÁCTICA DE LA ESOFAGOSCOPIA *(trabajo original)*, por el Dr. A. G. Tapia ..... 237
«LES BALAFRÉS» *(trabajo original)*, por el Dr. Spreáfico ..... 253
UNA ESTACIÓN HELIOTERÁPICA *(trabajo original)*, por el doctor E. Masip ..... 256
CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA *(trabajo original)*, por el Dr. R. García de Arias ..... 268

REVISTA DE ESPECIALIDADES ..... 277

*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. Yagüe ..... 277
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez ..... 282
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. E. Vilches ..... 287
*Osteo-artropatías y Cirugía ortopédica*, por los Dres. J. de Palacios y Saturnino G. Hurtado ..... 294
*Oto-rino-laringología*, por los Dres. J. Morales y A. G. Tapia ..... 305
*Proctología*, por el Dr. Martínez Suárez ..... 309
*Vías urinarias*, por el Dr. C. Negrete ..... 316

Páginas.

BIBLIOGRAFÍA, por los Dres. Gutiérrez, G. Hurtado, y Yagüe..... 321

*Tratado de Ginecología*, por Miguel A. Fargas..... 321
*Fisiología é higiene humanas al alcance de los niños*, por D. Dionisio García Alonso..... 323
*La evolución de la materia*, por G. L. Bon..... 324
*El valor de la ciencia*, por H. Poincaré..... 325

VARIEDADES..... 327

Sobre el estudio de las enfermedades, traumatismos y procesos degenerativos del cerebro por medio de los rayos Roentgen, por J. Rudis Gielusk i... 327
Influencia de la luz en la producción del cáncer de la piel..... 329
Barcelona sucia.—Artículos de malas costumbres, por el Dr. D. Guillermo López..... 330
Productos radioactivos..... 331
¿Es posible la regeneración del tractus del sistema nervioso central?..... 332
Diagnóstico de los cálculos renales por los rayos X..... 333
Universidad de Cambridge..... 333
Conferencia internacional sobre la tuberculosis..... 334
Protección de las habitaciones en los sitios palúdicos..... 334
Ortodiagrafía. Método para medir con seguridad los contornos del corazón. 334
Premio Nobel..... 335

SOBRE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER UTERINO. Conferencia del Dr. Gutiérrez..... 337

ALGO MÁS ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LOS PIES ZAMBOS *(nota clínica)*, por A. Martínez Ángel..... 384

APENDICITIS Y DIVERTICULUM DE MECKEL *(nota clínica)*, por el Dr. Eulogio Cervera y Ruiz..... 355

CIRUGÍA Y PRÓTESIS BUCO-FACIAL *(nota clínica)*, por los Dres. Pallarés y Landete..... 367

EDEMA PALPEBRAL CARBUNCLOSO *(nota clínica)*, por el Dr. D. Dionisio García Alonso..... 381

ESPLENECTOMÍA POR ENFERMEDAD DE BANTI *(nota clínica)*, por el Dr. R. del Castillo Ruiz..... 385

LA DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE LA TUBERCULOSIS *(trabajo original)*, por los Dres. Samuel Bernheim y Luis Dieupart..... 394

LA SEMEYÓTICA PUPILAR EN NEUROPATOLOGÍA *(trabajo original)*, por el Dr. E. Fernández Sanz..... 404

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA *(trabajo original)*, por D. R. García de Arias..... 412

SOBRE NUESTROS PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO MÉDICO-LEGAL DE LAS MANCHAS DE SANGRE *(trabajo original)*, por Antonio Lecha-Marzo..... 440

APUNTES DE CLÍNICA MÉDICA *(trabajo original)*, por el Dr. D. Antonio Mut..... 447

ALGUNAS INTERPRETACIONES ACERCA DE LA HABITUACIÓN MEDICAMENTOSA *(trabajo original)*, por el Dr. Manuel Márquez..... 460

CONSIDERACIONES SOBRE LAS HERNIAS INGUINALES *(trabajo original)*, por el Dr. P. Lozano..... 476

Páginas.

REVISTA DE ESPECIALIDADES ..... 482

*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. L. y Yagüe ..... 482
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez ..... 491
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. Enrique Vilches ..... 494
*Ósteo-artropatías*, por el Dr. José de Palacios y Olmedo ..... 502
*Oto-rino-laringología*, por el Dr. A. G. Tapia ..... 504
*Proctología*, por el Dr. F. Martínez Suárez ..... 506
*Vías urinarias*, por el Dr. González Bravo ..... 513

BIBLIOGRAFÍA, por el Dr. Carlos Negrete ..... 518

Consideraciones sobre la nefroptosis y su tratamiento ..... 518

VARIEDADES, por el Dr. S. G. Hurtado ..... 519

Instrucciones para el tratamiento de la tisis pulmonar por el ozono concentrado, juntamente con la superalimentación con sustancias proteicas solubles ..... 519
El nuevo subsecretario de Gobernación ..... 522
Inauguración del monumento al Dr. Rubio ..... 523

UNIV. OF CALIFORNIA

REVISTA IBERO-AMERICANA
DE
CIENCIAS MÉDICAS

## SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

### NOTAS CLÍNICAS

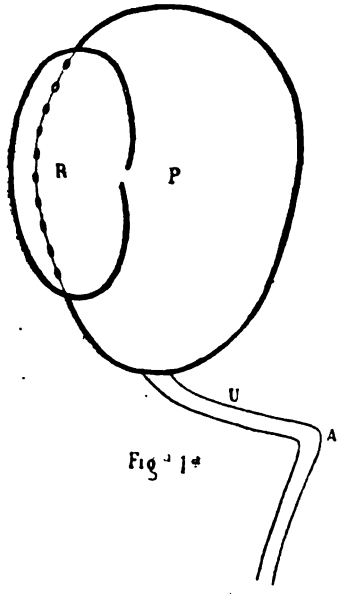
# UN CASO DE RIÑÓN MOVIBLE É HIDRONEFROSIS DERECHA POR ACODAMIENTO DEL URÉTER

Por el Dr. Eulogio Cervera y Ruiz
Del Instituto Rubio.

Cuatro años muy cumplidos han transcurrido desde que se presentó en mi dispensario de cirugía general y matriz, en la policlínica de mi apellido, una joven de veinticuatro años de edad que siempre había gozado de buena salud hasta dos años antes de reclamar mis servicios. Me refirió, contestando á mi interrogatorio, que en dicha época comenzó á sentir molestias renales derechas, acompañadas de algún trastorno intestinal, molestias y trastornos que se fueron acentuando más y más á medida que el tiempo transcurría, pero que llegaron á ser casi intolerables cuando á consecuencia de un grande esfuerzo sintió un violento dolor en la región renal derecha. A partir de este accidente, ya no tuvo día tranquilo, acentuándose los trastornos digestivos, traducidos por el estreñimiento unas veces, diarreas otras, expresiones dispépsicas más tarde, y, aunque no tan frecuentes como éstas, vómitos, acideces, y, en fin, todos aquellos fenómenos que suelen acompañar á muchas afecciones renales, pero muy principalmente á los desplazamientos, que, como es sabido, se atribuyen ya á las tracciones del sistema nervioso, ya á los acodamientos ureterales ó al de los vasos principales, ya al peritonismo ó quizás al conjunto de todos estos factores, que en último término dan una resultante expresada por la congestión de los riñones, de intensidad distinta, y cuyo síndrome ha recibido por algunos especialistas el nombre de *estrangulamiento renal*.

En los últimos tiempos, nos refería la enferma, los accesos de dolor simulaban verdaderos cólicos nefríticos, que por tales fueron tomados—y la confusión es fácil—por algunos compañeros que la visitaron; cólicos ó nefralgias que *solían desaparecer después de una abundante micción*, que cada vez se hacían más frecuentes, hasta que en las últimas etapas de su padecimiento, salvo ligeras remisiones, no desaparecían en absoluto.

Después de estas referencias que nos hizo la paciente pasamos á reconocerla el vientre, encontrándonos con todos los síntomas físicos, claros, clarísimos, que confirmaban el juicio que *a priori* habíamos formulado: riñón flotante con probable hidronefrois ó uronefrosis, como titula Guyon, y con él Albarrán, á las retenciones simples ó sin infección. En efecto, por la palpación bimanual apreciamos una gran tumoración bilobulada, siendo menor la lobulación anterior que la posterior y más profunda; entendiendo, como así lo comprobamos en la operación, que la primera correspondía al riñón y la segunda á la pelvis, grandemente dilatada ó sacciforme; y esto así por la forma y consistencia de aquélla y la resistencia de ésta. La tumoración era muy movible, transportable hacia adentro, atrás, adelante, pero difícilmente hacia arriba, lo que nos hizo sospechar, casi afirmar, que el segmento inferior tenía adherencias al colon ascendente en su primera porción, adherencias encontradas en el acto operatorio, lo que puede verse en la figura esquemática 1.ª, que representa el riñón (R), el saco uronefrósico (P) y el uréter (U) acodado (A). Este segmento ureteral estaba prendido por exudados al borde interno del colon, y éste, á su vez, situado sobre el riñón, como de ordinario, dando por lo tanto la correspondiente timpanización á la exploración clínica, que con los síntomas consignados y el evidente y muy apreciable peloteo de Guyon completaban el cuadro característico de la lesión que sufría nuestra enferma.




**Disposición general del riñón y de su pelvis dilatada.—R. Riñón.—P. Pelvis del mismo.—U. Uréter.—A. Acodamiento del mismo.**

Formulado aquel diagnóstico, propuesta y aceptada la intervención, pasamos sin pérdida de tiempo á ejecutarla en evitación de

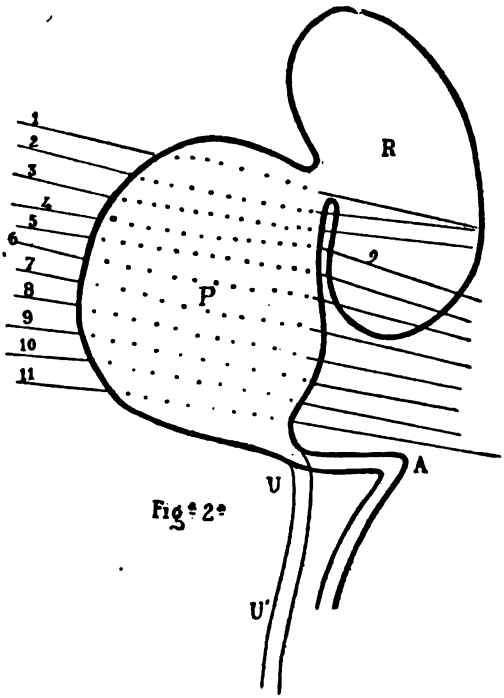
posibles y mayores complicaciones, especialmente el que la menor contingencia ó accidente infectivo transformara la uro en pionefrosis, al mismo tiempo que librar cuanto antes á la enferma de tantos tormentos y peligros.

Elegida la vía posterior, practicamos la incisión lumbar de Gregoire sin la prolongación superior ó subcostal, por entender eran suficientes la media y vertical, extendida desde el borde de la undécima costilla hasta la cresta iliaca, y la oblicua inferior que partiendo del extremo de aquélla pasa á un través de dedo por dentro de la espina ilíaca y alcanza una longitud de cinco á seis centímetros. Incindidas todas las capas cutáneo-conjuntivo-musculares, pusimos ampliamente al descubierto la tumoración, que, como hemos dicho, presentaba la disposición esquematizada en la figura 1.ª; la liberamos de las adherencias, y logramos disecar el uréter y desprender el ángulo de su acodamiento con relativa facilidad. Alcanzada la completa liberación del tumor, saco hidronefrósico y uréter, vaciamos el contenido del segundo en la vejiga mediante un prudente y expresivo amasamiento; á continuación pudimos extraer por cateterismo vesical unos quinientos gramos de orina ligeramente turbia, de densidad casi normal y conteniendo todos los elementos químicos, aunque ligeramente disminuídos, y algunos glóbulos rojos muy alterados en su forma.

Vaciado en la vejiga y extraída de la misma la orina retenida en la pelvis dilatada, surgieron ante nosotros muchos problemas y muchas dudas. ¿Qué hacer? ¿Extirpábamos el riñón con el saco uronefrósico? ¿Intentábamos la conservación de aquél? En este caso, ¿cómo tratar el saco? Mucho se ha discutido este tema por cirujanos y especialistas; pero es muy cierto que todos han venido á un acuerdo: *conservar el riñón siempre que sus condiciones anatómicas y funcionales lo permitan*, tanto más, cuanto que la clínica y la experimentación han demostrado que las bolsas pelvi-renales, aun en el caso de estar supuradas, tienen un valor secretorio tan importante, que suple la insuficiencia del otro riñón, por inutilizado que esté por un proceso más ó menos destructivo. No era éste el caso de nuestra enferma. El problema que nos presentaba era, bajo este punto de vista, más sencillo.

Contábamos con un riñón izquierdo sano, anatómica y funcionalmente considerado, pues que, estudiada su función, resultaba que segregaba orina perfectamente normal en cantidad y composición química. Por otro lado, el riñón derecho ó hidronefrósico presentaba todos los caracteres macroscópicos que corresponden al tejido renal sano; la bolsa pelviana era de contenido aséptico; el uréter, después de liberado, estaba sano y permeable, lo que quedó bien demostrado, pues que dejó pasar á la vejiga, sin la menor difi-

cultad, todo el contenido de la pelvis dilatada. Nada, por lo tanto, aconsejaba ni justificaba una nefrectomía; antes por el contrario, todos los datos inclinaban el ánimo en favor de la conservación. Se imponía, por ende, una nefropexia, por un lado; y por otro, el tratamiento quirúrgico de la bolsa: la primera, de fácil ejecución; pero el segundo nos colocó en otro estado de duda, porque de la resolución y medio elegido dependía todo el porvenir de la enferma.



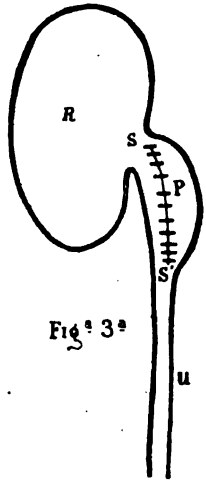

**Desdoblamiento del riñón y de la pelvis dilatada.—R. Riñón.—P. Pelvis del mismo dilatada.—1, 2, 3, 4, etc. Hilos de sutura (catgut) colocados transversalmente á la superficie ó cara posterior de la pelvis.—UU. Uréter después de liberado.**

Dice Albarrán: *la nefrorrafia no es útil si persiste el acodamiento ureteral*; es decir, que si la flexión del uréter no obedece tan sólo al desplazamiento del riñón, sino que lo mantiene cualquier otra causa, entonces si la intervención se limita á la fijación, sin que desaparezca la lesión que acoda el conducto, el éxito es de todo punto imposible: el enfermo no cura.

Nuestro caso llenaba esta esencial condición; es más: elevado el riñón con las manos, el uréter se abría en la parte ó segmento más en declive de la bolsa, segunda condición requerida para lograr un

seguro restablecimiento del curso de las orinas. De todas suertes, entendía que, dada la magnitud de la bolsa de la pelvis renal, no debía limitarme á la nefrorrafia, pues era de temer el remanso de la orina á poco que descendiesen y plegaran de arriba abajo las paredes de la mencionada bolsa, especialmente las correspondientes al segmento posterior, que estaban más dilatados y tenían tendencia á descender, aun después de fijado el riñón en la parte más alta de la región, por detrás de la última costilla, como puede observarse en la figura 2.ª

Así es que para asegurar más y más el curso de la orina, concebí la idea de disminuir ó achicar la cavidad uronefrósica, mediante una serie de suturas transversales. Los hilos de esta sutura, en número de once, penetraban en el espesor de las capas, entre la musculosa y la mucosa, que recorrían un centímetro para salir de nuevo á la superficie, atravesando la musculosa y conjuntiva, y volver á penetrar á un centímetro de distancia de la salida, y así sucesivamente (fig. 2.ª).



Aspecto del riñón y pelvis después de anudados los hilos.—SS. Línea de la sutura.

Terminada la colocación de estas suturas, resultaron dos líneas de entrada y salida de los hilos en el sentido vertical, y á derecha é izquierda de la bolsa líneas que limitaban una banda anterior de la misma, libre de toda sutura y que venía á representar la cara interna de la pelvis restaurada. Compréndese bien que, al anudar los hilos, una mitad de la superficie externa de la bolsa, recorrida por éstos, se puso en íntimo contacto con la otra mitad, quedando de este modo reducida la bolsa más de dos tercios de su tamaño (fig. 3.ª) y, por lo tanto, en condiciones más favorables para desempeñar su función sin los peligros del remanso.

El riñón se fijó por el procedimiento bien conocido de Guyon-Albarrán, y la operación se terminó con la sutura total de los músculos, aponeurosis y piel. Respecto del curso post-operatorio, nada digno de mención, pues el proceso cicatricial se hizo sin el menor tropiezo. El éxito operatorio fué completo.

Tuve intención de publicar esta nota quirúrgica inmediatamente después de curada la enferma; pero entendía y sigo entendiendo que ciertos hechos clínicos no deben darse á la publicidad hasta estar bien comprobados, y por lo mismo he dejado transcurrir cuatro años, porque hoy puedo afirmar no tan sólo que la operada está definitivamente curada, sino que el procedimiento empleado para tra-

tar la bolsa está exento de complicaciones y se logra con él el objeto deseado.

He visto con frecuencia á mi operada durante estos cuatro años; últimamente la he reconocido, y he podido comprobar que el riñón permanece en su sitio y que no existe el menor indicio de tumoración de la pelvis renal, lo que puede comprobarse por ser la enferma delgada, y permitir una útil exploración bimanual. ¿Podríamos admitir que la pelvis alcanzó un *restitutio ad integrum?* Yo no lo afirmaré, porque sería preciso verla *de visu*; pero á los efectos funcionales es admisible la suposición. Creo en la posibilidad de una regeneración de las fibras musculares, tanto longitudinales como circulares, de la pelvis y de los cálices, á la manera que se restablece la función contráctil de la musculatura de la vejiga urinaria después de una parálisis por retención y distensión de sus paredes.

Ahora bien: es evidente que la retención renal se debió al acodamiento ureteral; pero ¿cuál fué la causa de éste? El riñón flotante, ¿existía anteriormente, ó sobrevino primero aquél y más tarde éste como consecuencia de la uronefrosis, que haciéndole más pesado le colocó en condiciones para desplazarse al intervenir aquel grande esfuerzo de que nos habló la enferma en su relato? En este caso, ¿á qué proceso se debió el acodamiento, que, como hemos visto anteriormente, pertenecía á la variedad fija? Si admitimos la doctrina ó teoría de Landau acerca de la patogenia de la hidronefrosis, que es la generalmente aceptada por estar fundamentada en bases sólidas establecidas por Baudin y Terrier, nos veremos obligados á sostener que el riñón flotante fué la causa primordial de las otras lesiones, ya que aquel autor decía que el desarrollo de las hidronefrosis debía atribuirse en el riñón movible á un acodamiento del uréter, determinado por cierta fijeza de la extremidad superior de éste, que le imposibilita para seguir los movimientos de aquel órgano desplazado. Sin embargo, Albarrán, aun admitiendo la teoría de Landau, entiende que las uronefrosis acompañadas de acodamiento ureteral no son provocadas por el desplazamiento, ni aquél es consecuencia de éste, sino que efectuándose en primer término la dilatación de los cálices, de la pelvis, del uréter, que se alarga, y del mismo riñón, éste se hace más pesado, desciende, y consecutivamente á estos cambios se forman los acodamientos del uréter en el segmento superior del mismo, desviaciones que se hacen fijas en los casos antiguos de hidronefrosis por condensación del tejido conjuntivo periureteral. De modo es que no precisa el acodamiento ureteral para la formación de las hidronefrosis, ya que las deformaciones del uréter pueden ser consecutivas á las dilataciones uronefrósicas. Ahora yo pregunto: si los acodamientos pueden ser primitivos y se-

cundarios en hidronefrosis y desplazamientos renales, ¿no podemos admitir también que éstos sean consecutivos á un acodamiento primitivo? Yo me atrevería á afirmar que esta variedad patogénica puede presentarse: por un tumor del colon, hígado, vesícula biliar, etcétera, etc.; una deformación vertebral (cifosis), una inflamación periureteral consecutiva á gran número de infecciones pelvianas, especialmente en la mujer, en la que es más frecuente el riñón movible; una apendicitis, sobre todo las crónicas, que suelen pasar desapercibidas; una tiflitis, y, en fin, todas aquellas afecciones intestinales—del intestino grueso principalmente—que sin perforaciones ni roturas de las paredes permiten el paso á través de los mismos de la flora patógena en ellos encerrada, provocando irritaciones ó inflamaciones peritoneales que traen como secuela engrosamientos, endurecimientos y *esclerosamientos* del tejido conjuntivo transperitoneal, que si recae en el periureteral podrán ser motivo de estrecheces, obstrucciones y desviaciones con más ó menos acodamiento, son causas todas ellas de estas deformaciones del conducto excretor de la orina. Y este modo de pensar nuestro está de acuerdo con la nueva patogenia del riñón flotante asignada por M. H. W. Lougyear. Dice este autor que habiendo observado en una laparotomía que al ejercer una tracción sobre el cecum el riñón obedecía á esta tracción, se dedicó á estudiar los lazos anatómicos que unían estos dos órganos; y después de disecar varios cadáveres femeninos, vino á concluir que las fibras de la cápsula grasosa peri-renal convergen hacia el polo inferior del riñón, dirigiéndose en forma de ligamento al asa íleo-cecal ó al nacimiento del ligamento suspensorio del ovario. Este ligamento, dice Lougyear, que podría llamarse frenocólico, está más desarrollado en el lado derecho que en el izquierdo, y recuerda muy bien el camino seguido por las glándulas genitales al descender á la pelvis. Este ligamento permitiría explicar, de diferente modo que hasta aquí, la patogenia del riñón movible. Las fibras musculares del cecum toman su punto de apoyo arriba para la progresión del bolo cecal, y contrayéndose ejercen tracciones sobre la terminación del ligamento frenocólico estudiado, y por su mediación sobre el riñón; y si á esto se agrega el peso del cecum cuando está lleno por las materias fecales estancadas, se comprenderá bien el descenso del riñón. Esta patogenia la completaría yo diciendo que, si á aquella disposición de las fibras reno-cólicas se agrega un proceso inflamatorio provocado por cualquiera de las causas que invocábamos anteriormente, que determine una esclerosis y acortamiento consecutivo del ligamento freno-cólico, entonces las condiciones anatómicas y patológicas son abonadas y más que suficientes para explicar las adherencias ureterales con sus acodamientos, como el observado en nuestra enferma, y el desplazamiento renal con-

secutivo á una lesión primitiva del uréter y del ligamento de Lougyear.

Me he extendido más de lo que pensaba, pues el principal objeto de esta nota era dar á conocer mi procedimiento de reducción de las bolsas uronefrósicas, su utilidad y resultados lejanos.

---

## ERRORES DE DIAGNÓSTICO

Por el Dr. Francisco Botín
Del Instituto Rubio.

Muchas veces se ha dicho, y es una gran verdad, que más enseñan los errores de diagnóstico que los diagnósticos acertados; pero aunque esta verdad está en el ánimo de todos, con más frecuencia tenemos noticia de los segundos que de los primeros.

Los tres casos de mi práctica cuyas historias voy á relatar, y que constituyen tres errores de diagnóstico, los considero muy instructivos por muchos conceptos; pero yo sólo pretendo, para no resultar pesado, sacar de ellos algunas consecuencias en relación con el enunciado de este artículo, sin hacer un estudio de los errores de diagnóstico en general: solamente fijar la atención en algunas de las causas que en clínica más frecuentemente inducen á error.

Las historias que á continuación expongo las he extractado todo lo posible, sin omitir nada que pudiera ser interesante para el objeto de este trabajo, pero suprimiendo en cambio algunas cosas, tales como detalles en la técnica operatoria, que, además de carecer de interés, alargarían sin necesidad este artículo.

*Primera.*—Pascuala Defé, de cuarenta y seis años de edad, soltera, natural de Chinchilla. Tuvo su primera menstruación á los trece años; desde entonces sus reglas se adelantan tres ó cuatro días todos los meses, siendo normales en cuanto á cantidad y duración (cuatro días), algo más escasas desde hace un año. Hace tres años apreció que su vientre aumentaba gradualmente de volumen, permaneciendo estacionado en su crecimiento largas temporadas, para seguir después aumentando. Desde hace un año el crecimiento ha sido más rápido. No hay antecedentes morbosos ni hereditarios dignos de mención. Tiene algo edematosas las extremidades inferiores. Analizada la orina, no se encontró nada anormal.

Reconocida la enferma, se encuentra un tumor que ocupa el centro del vientre, de forma ovoídea; llega á cuatro traveses de dedo por encima del ombligo. Consistencia líquida; en el lado derecho la fluctuación es manifiesta. Región epigástrica y vacíos, sonido timpánico á la percusión; superficie del tumor, sonido macizo.

Por la vagina se alcanza el segmento inferior del tumor formando techo en la bóveda vaginal.

El útero está rechazado al lado izquierdo.

Hecha la laparotomía, me encontré con que se trataba de un mioma quístico. En el lado derecho, donde la fluctuación era clara, hundí el trócar, vaciándose una gran geoda líquida que llenaba toda la mitad derecha del tumor. Terminé la operación practicando una histerectomía total, por el procedimiento americano.

Curación.

En la pieza patológica se hizo la medición del útero, que dió 13 centímetros.

*Segunda.* — Balbina González, de cuarenta y dos años de edad, casada, natural de Oviedo, dedicada á las faenas del campo.

Menstruó por primera vez á la edad de catorce años; esta regla, lo mismo que las siguientes y las actuales, normales. Dos partos, el último hace diez años; sin novedad los partos y puerperios.

Dijo tener un tumor en el vientre, que notó hace quince meses, habiendo crecido en ese tiempo con gran rapidez, hasta alcanzar el enorme volumen que tenía el día que se presentó en la consulta del Instituto. No le ha producido dolores ni molestias; sólo desde hace dos meses respira con dificultad, tiene estreñimiento pertinaz y orina con frecuencia y en pequeñas cantidades. La enferma no se ha desnutrido.

Esta es toda su historia.

El tumor llena el vientre; por la parte superior se hunde debajo de las últimas costillas; por la parte inferior, debajo del pubis; por los lados ocupa los flancos; es de superficie lisa; forma, esférica; hay renitencia; la fluctuación no es tan clara. A la percusión no se encuentra por ninguna parte el sonido propio del intestino, debido, según después se vió, al derrame ascítico que había.

Por el tacto vaginal se alcanza sin dificultad el tumor, que llena los fondos de saco. La matriz, en ante-látero-versión izquierda, es de tamaño normal, mide seis y medio centímetros.

Diagnóstico: quiste ovárico.

Abierto el vientre, el tumor resultó ser un miosarcoma; prolongué la incisión hasta el apéndice xifoides, que estaba incrustado en el tumor y rechazado hacia atrás; despegué el peritoneo parietal que adhería á la superficie del tumor; corté entre ligaduras algunas adherencias epiploicas, y con mucho trabajo pude volcar fuera del vientre aquella enorme masa. Se vació bastante líquido ascítico. Dos asas intestinales habían establecido adherencias con la parte posterior del tumor; al despegarlas quedó denudado su mesenterio, que suturé con seda fina. El miosarcoma estaba unido al fondo y cara posterior de la matriz por un pedículo de unos 3 centímetros

de largo. Separé el tumor cortando el pedículo entre dos pinzas, haciendo después doble ligadura, y terminé la operación, según costumbre, secando el vientre con compresas y haciendo dos suturas, hilo de plata para la sutura profunda y agrafes para la piel.

El tumor pesó 19 kilos.

Curación.

Esta enferma y la anterior fueron operadas en el Instituto Rubio.

*Tercera.* — Matilde Solana, de cincuenta y tres años de edad, viuda y natural de Santander. Primera menstruación, á los quince años de edad; sus menstruaciones siempre han sido normales, hasta hace seis años que entró en la menopausia. No ha tenido partos ni abortos. Ni en ella ni en sus ascendientes hay antecedentes patológicos. Desde hace un año nota un tumor en el lado derecho del vientre, tumor que ha aumentado lentamente de volumen, pues cuando ella se apercibió tenía ya casi el tamaño que en el momento de presentarse en mi consulta particular. Como únicas molestias, acusa estreñimiento y sensación de peso en sus genitales externos.

El tumor ocupa el lado derecho del vientre, desde el hipogastrio hasta la fosa ilíaca; rebasa algo la línea alba y hace relieve bajo la piel; es redondeado; su superficie igual, de consistencia líquida, fluctuante, nada movible. Por el fondo de saco vaginal derecho se alcanza el tumor, aunque un poco alto, y parece que está unido por un pedículo á los anexos de dicho lado. La matriz, algo descendida y en retroversión, mide 6 centímetros.

Diagnóstico: quiste ovárico.

Llevada la enferma á la mesa de operaciones, y hecha la laparotomía, lo primero que se presentó á mi vista fueron las asas intestinales cubriendo el tumor; en el aparato genital no había nada más que la matriz caída en el fondo de Douglas. Reconociendo los intestinos que tenía delante y tratando de buscar las relaciones del tumor, vi que éste al crecer había desplegado la hoja interna del mesocolon ascendente, algo del codo derecho del mesocolon transverso y parte del mesenterio. Entre dos pinzas hice un ojal en el mesocolon, y pasando por esta abertura tres dedos, fuí despegando el tumor quístico de la serosa con mucha facilidad y atrayéndole hacia afuera, encontrándome con un gran hidronefrosis.

Terminé la operación haciendo nefrectomía por el mal estado del riñón; suturé el meso insaculando en el pedículo formado en el íleo, y cerré el vientre como siempre, fijando antes la matriz con tres puntos de seda al peritoneo (método de Howard A. Kelly).

El curso postoperatorio de esta enferma fué inmejorable: no tuvo el más pequeño trastorno por parte de su aparato urinario, pudiendo ser dada de alta á los veinticinco días de operada.

En la enferma primera, habrán visto los que lean su historia

que se hizo la histerometría con la pieza patológica en la bandeja, y todos pensarán lo mismo: «Si la histerometría se hubiese hecho antes, probablemente el diagnóstico hubiese sido exacto». Cierto; y sin embargo, ésta es una de las causas que con más frecuencia nos hacen caer en el error. Hacemos la palpación de un vientre ó un tacto combinado después de haber escuchado una historia relatada por la enferma, y que, como casi todas, no nos proporciona ningún dato de valor; y si en este primer reconocimiento creemos haber obtenido el diagnóstico, casi nunca seguimos adelante, y no ponemos en práctica todos los medios, así manuales como instrumentales, de que disponemos para la exploración; y es necesario, por mucha seguridad que creamos tener, emplearlos todos, absolutamente todos los que la ciencia pone en nuestras manos, aunque los casos no sean dudosos, para así confirmar nuestra primera impresión ó lograr quizá que la duda surja en nuestro espíritu y nos ponga en camino de la verdad.

En la tercera enferma pasó una cosa igual. Sin meterme á enumerar los medios por los que se diferencia un tumor de riñón de un quiste ovárico, sólo diré que una de las varias cosas que no hicimos fué percutir el vientre; esto solamente es seguro, no que nos hubiera dado el diagnóstico, pero positivamente nos desvía de seguir pensando en un quiste ovárico.

Procediendo del modo que antes he dicho, nos evitaremos muchas equivocaciones (no todas, porque es imposible), equivocaciones que pueden ser muy lamentables, porque aunque en algunos casos la terapéutica pueda ser la misma, «abrir el vientre y extirpar el tumor», esta razón tan poco científica, y que dará que sentir al que la siga, no es posible admitirla, entre otras razones porque no es verdad; en nuestra enferma del hidronefrosis, al haber diagnosticado su afección, ¿no hubiera sido menos grave la intervención por vía lumbar que por vía peritoneal? Y en los mismos tumores del aparato genital ya sabemos que no es indiferente la elección de vía operatoria. Además, ¿no podría darse el caso, si es que no se ha dado alguna vez, de ser tal la seguridad que se cree tener en el diagnóstico hecho, que se fuera á una operación con sólo el instrumental necesario para una intervención que hemos creído sencilla, y encontrarnos con una de tantas sorpresas de la cirugía? ¡Qué conflicto tan posible para el cirujano desde el momento que no todas las operaciones se practican en las clínicas, donde siempre hay arsenal suficiente á que echar mano!

Otra de las causas que inducen á error es el comenzar el examen de las enfermas por el interrogatorio. Algunos autores confiesan que la anamnesis pocos datos aprovechables nos proporciona; otros, como Emmet, dicen que hay que escuchar á las enfermas.

Creo, por lo que he visto en la práctica, que á las enfermas sólo se les debe preguntar aquello que nosotros sabemos y creemos que pueda interesarnos, exigiéndolas que sus contestaciones sean categóricas. El dejarlas hablar da lugar á muchas confusiones y á que vayamos algunas veces á la exploración directa con una idea preconcebida que, sugestionándonos, nos hace relacionar con ella los síntomas que observemos, cosa fácil desde el momento que hay síntomas como el dolor, hemorragia, etc., que encuadran en muchas afecciones ginecológicas, claro que comportándose de diferente modo; pero estas diferencias, que el médico puede apreciar, las enfermas no: porque el mismo dolor que una considera como insoportable, otra le resiste sin grandes protestas, y la hemorragia, que para una es abundantísima, otra la considera como una menstruación normal. Después de operada la enferma número 3, supe yo, hablando con persona de su familia, que si, en efecto, la menstruación sólo duraba cuatro días, era en cantidad excesiva al principio de su padecimiento, y sin embargo, según ella, sus reglas eran completamente normales.

Y si esto pasa con las que creen decirnos de buena fe lo que sienten, ¿qué pasará cuando por circunstancias especiales (un embarazo, por ejemplo) mienten descaradamente? ¡A cuántos errores graves ha llevado á muchos cirujanos el escucharlas antes de explorar su vientre!

Pues, ¿y las histéricas? Ya puede prepararse á hacerse un lío el que oiga sus relatos pintorescos. A este propósito, recuerdo una enferma operada por mi maestro de una salpingo-ovaritis quística del lado derecho, que presentaba un cuadro de síntomas aterrador, que ella describía con gran lujo de detalles: trastornos respiratorios, accesos de disnea muy intensos, tos quintosa con expectoración, trastornos circulatorios, neuralgias pélvicas, ataques histéricos, fiebre, diarreas, etc. El Dr. Gutiérrez la preguntó poco y la reconoció mucho, entrando en juego el médico más que el cirujano, y vino en conocimiento de que la lesión anexial, aunque pequeña para aquella sintomatología, era lo que ponía en conmoción toda aquella madeja de nervios mal avenidos.

Ya sé que, á pesar de lo que llevo dicho, tendremos fatalmente que equivocarnos algunas veces, tratándose de una ciencia tan difícil y tan poco clara como la nuestra, porque hay casos que se presentan con síntomas tan negativos, que sólo basando el diagnóstico en sensaciones (1) acertaremos; basándolo en razones cientí-

---

(1) La clínica es mitad ciencia y mitad arte. Lo científico de ella se revela en razones, pero lo artístico en sensaciones; y ¡vayan ustedes á explicar las sensaciones!—FEDERICO RUBIO.

ficas, caemos en el error. Véase la historia de Balbina González (tercera enferma). Una historia completamente negativa: menstruaciones regulares, matriz normal, un tumor de aquel tamaño con superficie tan igual, que crece con aquella rapidez sin producir molestias más que las debidas á la compresión los dos últimos meses, que hay renitencia y algo de fluctuación; con todos estos síntomas reunidos en una misma enferma, el diagnóstico *científico* no podía ser otro que quiste del ovario.

Para terminar: en Ginecología, y en general en Cirugía, empezar por la exploración directa, con más razón si el enfermo es portador de tumores ó afecciones que se descubren á simple vista, y preguntar lo que creamos conveniente saber, sin consentir á los enfermos que hagan discursos que la mayoría llevan preparados, habiendo hecho un verdadero examen de conciencia antes de acudir al médico (1); no dejar por hacer ningún medio diagnóstico, y por sencillo y claro que parezca el caso, establecer diagnóstico diferencial con todas las afecciones que puedan ser motivo de error.

---

## SOBRE EL TRATAMIENTO DE TRES ENFERMOS CON DEFECTOS FUNCIONALES DE LA CADERA

Por el Dr. Saturnino García y Hurtado

Del Instituto Rubio.

Mucho es lo pensado y escrito sobre la naturaleza del proceso inflamatorio; mas sea cualquiera el origen que le determine, lo cierto y positivo es que tejido inflamado, tejido alterado en su constitución anatómica; y resolución inflamatoria quiere decir que unas veces se verifica en el tejido la *restitutio ad integrum*, y otras, la mayoría, el tejido queda marcado con señal duradera.

Esta marca ó señal, en mi concepto, es dependiente de que el proceso de elaboración ó reposición de un tejido roto ó inflamado no es el mismo que el formativo ó de constitución primera. Las fuerzas que intervienen sí serán las mismas, pero la manera de actuar ha diferido. El primer impulso formador embrionario diferencia y construye todos los tejidos; para pegarlos, ó unirlos, ó repararlos, la Naturaleza ha buscado otro proceso general, haciendo crecer un tejido nuevo (en los puntos donde el antiguo estaba destruído ó roto) que sirva de trabazón entre las partes separadas ó enfermas, que es el

---

(1) En las consultas habréis visto, como yo, enfermas que llevan consigo una acompañante que relata la enfermedad, porque dicen que no saben explicarse; esto prueba el caso que hay que hacer de lo que cuentan.

tejido conjuntivo ó unitivo, que hace el oficio de la pasta que adhiere los fragmentos de una vasija rota.

Esto en cuanto al proceso formador ó reconstructor de la materia que se altera. Más así como para construir un edificio se necesita reunir una cantidad de materiales, los cuales en absoluto no se utilizan en todas sus partes, sino que siempre quedan residuos ó detritus que hay que separar, lo mismo sucede en la economía con los materiales aportados para el proceso de cicatrización: quedan restos, exudados, empastes, más ó menos organizados, que, unidos al tejido nuevo de cicatriz, forman otro tejido intermediario que rodea y une, sujeta y asegura el tejido ó tejidos primitivos donde el proceso inflamatorio se implantó. Este resultado final del proceso inflamatorio se traduce, bajo el punto de vista funcional, en un campo más reducido de órgano útil y, por lo tanto, en una disminución proporcional de la función. Esto es lo capital. Disminución de órgano útil, disminución proporcional de la función.

Todo órgano tiene una función determinada principal que cumplir. Pero tiene también otras funciones secundarias, otras complementarias y otras de sostenimiento ó nutritivas.

En una casa, el tubo de una estufa, por ejemplo, tiene como fin principal la conducción de los humos de combustión al aire libre, fuera de la casa; pero también calienta las habitaciones por donde pasa. En cambio, puede ser antiestético producir desarmonía, caerse, manchar el suelo, quemar al que pase y se acerque, etc.

Tomemos como ejemplo una articulación. Considerada bajo el punto de vista de su función principal, consta de dos esenciales elementos: la palanca, parte pasiva ó hueso donde actúa la fuerza, y el músculo, parte activa ó actuante que produce el movimiento; complemento de estos dos factores son otros varios que facilitan el roce, el desliz, la potencia, etc.

Pues bien: cuando un elemento principal se altera en su constitución, vienen como consecuencias alteraciones mayores ó menores en los demás elementos, por aquello de las relaciones íntimas de los tejidos y lo que se ha llamado sinergias funcionales.

La misión del médico debe ser tratar de restablecer en los casos patológicos la función principal interrumpida. Llevar siempre como norma la *restitutio ad integrum* del órgano, si puede ser, y el restablecimiento de la función pervertida ó suspendida. Llevar más en la mente esta última idea, mirando siempre al órgano como lo que es: un medio para ejecutar la función.

Prescindir de estas bases fundamentales lleva inevitablemente al error frecuente de atender como único fin la curación de un proceso, aunque las consecuencias sean funestas, para restablecer la interrumpida función.

Ejemplo claro de lo que digo son los casos que brevemente voy á relatar.

En ellos puede apreciarse bien que si el proceso primitivo quedó curado, la función, en cambio, resultó totalmente abolida.

Bajo dos puntos de vista principales hay que estudiar los defectos funcionales de la cadera. Uno se refiere á las alteraciones óseas; otro, á las periarticulares y músculos que mueven la articulación.

Las alteraciones óseas que yo he observado han sido hinchazones de los huesos, agrandamiento de la cavidad cotiloídea, alargamiento de la misma, borradura ó desaparición y perforación, pérdida del cartílago de incrustación de la cavidad y cabeza del fémur, destrucción parcial ó total de ésta, destrucción parcial ó total del cuello, formación de túneles en el cuello y cabeza y destrucción del trocánter en mayor ó menor extensión.

En cuanto á las partes blandas, después de un proceso inflamatorio algo intenso, quedan todas más ó menos alteradas, transformadas en tejido de cicatriz; las masas musculares atrofiadas, y muy limitados todos los movimientos.

Si el proceso destructivo óseo ha sido intenso, ó hay soldadura del fémur al ilíaco, esto es, anquilosis ósea, ó existe un pequeño desliz en los restos de las superficies articulares.

En los casos más leves, en que las superficies óseas no llegan á afectarse ó lo hacen ligeramente, la función puede restablecerse por completo.

Tenemos, pues, como base principal de nuestras observaciones, que en aquellos casos en los que las superficies articulares no llegan á afectarse hay fundadas esperanzas de que con un tratamiento apropiado llegue á restablecerse por completo la función.

Si los huesos se han alterado, entonces, según los casos, puede restablecerse la función, pero nunca de un modo tan perfecto como en los casos anteriores.

Mucho varía la conducta que debe seguirse, según la naturaleza del proceso y el modo de ser ó constitución del paciente. Algunas veces es preferible una buena anquilosis á una mala articulación. Otras, el pequeño juego ó ludidero articular perjudica más que un movimiento amplio.

El querer establecer reglas fijas generales me parece aventurado.

Más lo es todavía el asegurar la naturaleza del proceso sin un examen detenido y muy prolijo del mismo.

Estoy persuadido de que muchos de los que nosotros llamamos procesos tuberculosos articulares no son tales procesos tuberculosos. Creo que todas las infecciones pueden afectar los tejidos articulares y dar lugar al desarrollo de artritis. De ahí una multitud de tonos

en la evolución de estos procesos, sujetos, como es natural, á las condiciones generales del individuo, á su constitución orgánica. Mas al ver un sujeto flaco, arrugado, amarillento, con una lesión articular, y acto seguido afirmar que la artritis es tuberculosa, me parece caer en el mismo defecto que desde hace muchos años venimos cayendo respecto á las afecciones reumáticas, en las cuales hemos incluído todo aquello que no sabíamos lo que era.

Digo esto porque respecto al tratamiento de las afecciones articulares ya curadas que han dejado abolida la función hay mucho de lo que acabamos de decir.

FIG. 1.ª

FIG. 2.ª

Es cierto que los procesos tuberculosos en determinadas condiciones y en especiales individuos no deben tocarse. Pero también es cierto que hay multitud de enfermos con funciones importantes más ó menos abolidas que positivamente debían y podían restablecerse, y que, gracias á la *buena rutina*, ni se intenta siquiera averiguar si es posible el restablecimiento de la función.

Diariamente estoy observando anquilosis y limitaciones de mo-

vimientos articulares en pacientes que están persuadidos de que su situación es definitiva. A tales extremos llegan los prejuicios y la marcha establecida de las cosas.

Los tres enfermos que hoy presento han sido operados en el Instituto Rubio, y los tres son, en mi concepto, de los peores casos que pueden presentarse bajo los puntos de vista de restablecer una función totalmente interrumpida y corregir una deformación de las más acentuadas.

El primero es un niño llamado Francisco Ugarte, que cuando le operé hace tres años tenía doce y medio de edad. Una coxalgia tu-

FIG. 3.ª

FIG. 4.ª

berculosa había destruído la articulación. La pierna izquierda tenía nueve y medio centímetros de acortamiento, con la atrofia consiguiente á una inmovilidad prolongada. Las figuras 1.ª y 2.ª dan una idea de cómo estaba el niño por aquel entonces.

Abierta la articulación, me encontré con la cavidad cotiloídea borrada; sólo quedaba algún pezón óseo en la parte superior; la cabeza y el cuello del fémur habían por completo desaparecido, y al ni-

vel del trocánter, en la parte que debía estar unida con el cuello, había una superficie desigual y rugosa, no cubierta ni de cartílago ni de membrana alguna. Hubo necesidad de desatar el trocánter, liberarle de las adherencias y ataduras musculares y tenotomizar los músculos que se oponían al descenso del fémur, principalmente el recto interno y el anterior.

Colocados dos inguinales, y haciendo extensión y contraextensión, se llegó á hacer descender el fémur bastante, pero no á igualar las rodillas. Esto se consiguió por la aplicación de la extensión continua por espacio de dos meses.

El apósito no se levantó en todo este tiempo, quedando las partes como indican las figuras 3.ª y 4.ª

Una vez levantado ó quitado, quedó el enfermo con sus rodillas igualadas, como indica la figura 5.ª

Fig. 5.ª

Mas es preciso seguir la evolución de estos procesos, no contentándonos con dar al enfermo por curado porque le hemos igualado las piernas y la herida ha cicatrizado por primera intención. Precisamente en este punto comenzó el calvario. El enfermo fué dado de alta, y llegó á su domicilio, de condiciones no muy higiénicas, empezando á los ocho días á padecer una intensa erisipela de la cara;

que fué recorriendo diversos territorios é invadió la cicatriz y tejidos cicatriciales, desapareciendo y volviendo á aparecer diferentes veces.

Excuso decir cuáles fueron las funestas consecuencias de esta nueva infección.

Una lucha constante y tenaz por espacio de muchos meses, quizá invadiendo otra vez el bacilo de Koch la herida (carencia de recursos, etc.), hasta ver en la actualidad agotado de nuevo el proceso, como indican las figuras 6.ª y 7.ª

Fig. 6.ª

Fig. 7.ª

Ahora es necesario, para el restablecimiento de la función, el tratamiento mecanoterápico con aparatos Zander, el masaje, faradización muscular y la colocación de un cinturón pelviano con una ceja metálica que sujete el trocánter al modo como se dispone en la luxación congénita de la cadera.

La lectura de este caso quizá sugiera á alguno la idea de que lo sucedido era inevitable ó debía ocurrir, puesto que tocar procesos tuberculosos apagados es avivarlos y reproducirlos.

Creo que la mejor contestación á esta sugestión es la lectura de los dos casos siguientes, también de naturaleza tuberculosa y que á pesar de en ellos haber intervenido con traumatismo mayor, el proceso tuberculoso no se ha reproducido y los dos han cicatrizado por

primera intención. Otra cosa desde luego hubiera ocurrido si en el curso postoperatorio se hubiera desarrollado una infección.

El segundo enfermo se llama Leopoldo Manzano, de diez y nueve años de edad, natural de Vallecas, y se presentó en mi dispensario á principios del último curso.

Una coxalgia antigua de varios años de fecha le había dejado en la situación de la cual dan una idea las figuras 8.ª y 9.ª

Fig. 8.ª

Fig. 9.ª

Existía gran rotación externa y descenso considerable de la pelvis del lado afecto. El eje del fémur formaba con el eje de la pelvis un ángulo recto. La inmovilidad era absoluta, pues el fémur y el ilíaco se habían soldado formando una pieza.

Esta disposición articular obligaba al paciente cada vez que tenía que dirigirse de una parte á otra á un andar muy raro, pero típico de estos enfermos, que consiste en hacer una serie de genuflexiones y reverencias mayores ó menores, según la fijeza y posición

del fémur con relación á la pelvis. A esta disposición la llamaba el inolvidable D. Federico Rubio *culo de mona*.

Siendo el enfermo un pobre hombre sin medios de fortuna, creímos necesario hacer de nuestra parte lo que pudiéramos á fin de ver si conseguíamos mejorar su triste situación y que más adelante pudiera buscar un medio de ganarse la vida.

FIG. 10.

FIG. 11.

Con esta idea le dimos entrada en el Instituto, y á los dos días fué operado del siguiente modo:

Anestesiado y puesto el enfermo en decúbito lateral derecho, se abrió lo que había sido articulación, hasta llegar al cuello del fémur, el cual estaba acortado. Con un escoplo seccioné el cuello en la parte más accesible, y desbridé el tejido cicatricial que se oponía á la rectificación; degollé también las inserciones superiores de los flexores del muslo y el tejido cicatricial y de empaste de la parte anterior articular. Con todo esto, era tal la rigidez y poca distensi-

bilidad de los tejidos, que costó gran trabajo colocar el muslo en la posición que creímos más conveniente.

Se aplicó un vendaje de escayola para retener las partes en la nueva posición. Al mes levantamos el apósito, y la herida estaba cicatrizada, quedando el miembro en una relativa buena posición, como indican las figuras 10 y 11. Se empezó en seguida el masaje y los movimientos articulares. A los tres meses andaba el enfermo bastante bien, y en la actualidad, á pesar de haberle recomendado que se dejara ver de vez en cuando, hace seis meses que no le veo, lo cual me indica que se encuentra sin novedad.

Esta clase de enfermos — y ellos no tienen la culpa, es el medio social donde viven: son defectos de educación — tan luego como ya creen que no necesitan de nuestros auxilios, no se vuelven á acordar más de nosotros. Sin embargo, hay algunos que han vivido en otro medio, y siempre respiran agradecimiento. El Maestro ha dicho:

*Por Dios tú para todos. De este modo no tendrás ingratos, porque no buscarás agradecidos, y éstos te saldrán al camino.*

El tercer enfermo se llama Francisco Tello, tiene diez y nueve años, soltero, natural de la Coruña, de oficio platero; se presentó en el dispensario poco tiempo después del anterior, y vino á ocupar la cama que dejó éste al ser dado de alta.

Había padecido una coxalgia izquierda desde los cuatro años de edad. No existía ni cuello ni cabeza de fémur. La cavidad cotiloídea parecía alargada. Claro es que estos detalles, como los de los anteriores casos, han sido suministrados por la radiografía. No era posible obtenerlos de otro modo, sobre todo obtenerlos con precisión. La radiografía en las afecciones de los huesos ha venido á desempeñar un papel tan importante, que hoy debe considerarse como necesario su auxilio; porque el operador debe ir al acto operatorio con un conocimiento lo más perfecto que pueda de la disposición de las partes, para no verse desagradablemente sorprendido ó tener que variar radicalmente el procedimiento operatorio.

Decía nuestro maestro D. Federico que él ejecutaba antes las operaciones en la mente y después las ejecutaba en el vivo, en los casos en que esto podía hacerse. El que haya visto operar á algún buen cirujano, á nuestro Cervera, por ejemplo, habrá podido observar con qué precisión, exactitud y justeza da los cortes, qué tranquilidad y al mismo tiempo qué rapidez en la ejecución, qué arte, en fin, en todos los detalles; y es que indudablemente lleva trazado el plan de lo que va á ejecutar, y es consecuencia necesaria que lo que se concibe bien se ejecuta bien. Con la radiografía formamos un juicio más exacto, no solamente de la disposición de las partes duras por la proyección de sus sombras, si que también de los diferentes padecimientos ósteo-articulares, por los diferentes tonos de las proyec-

ciones. El que esté acostumbrado á ver con la pantalla de platinocianuro de bario, conoce en seguida cuándo una articulación ó un hueso de ella está inflamado ó tuberculoso, etc., y cuándo está normal. En los principios del padecimiento, cuando apenas hay alteración ósea, se necesita una gran práctica y haber mirado mucho para distinguir el hueso que comienza á estar enfermo, del normal;

FIG. 12.

FIG. 13.

mas cuando ya está el padecimiento establecido, creo que cualquiera puede diagnosticarlo: tal es la claridad de la proyección, pérdida de contornos, etc., del lado afecto, sobre todo si lo comparamos con el lado sano.

El enfermo en cuestión, Francisco Tello, presentaba, como he dicho, en la radiografía, una pérdida completa del cuello y cabeza del fémur, el muslo en flexión formando ángulo recto con la pelvis, rotación interna y 21 centímetros de acortamiento; las siluetas de perfil y frente las dan bien las figuras 12 y 13.

La movilidad era muy pequeña.

Lo más notable de este caso es la trasposición del gran trocánter. Cuando, como aquí ha sucedido, los vínculos articulares han desaparecido y queremos que el enfermo ande sin sujeción de la extremidad superior del fémur, sin retenida ósea, necesariamente, por la acción del peso del cuerpo y el autotraumatismo continuado, el fémur ascenderá cada vez más, y este ascenso será más notable

FIG. 14.

FIG. 15.

si le favorecemos con un zapato de alza, como en el caso presente, que llegó el trocánter al mismo borde de la cresta ilíaca. En la figura 12 se destaca esta disposición, y comparando ambas rodillas en las figuras 12 y 13, se nota el ascenso tan considerable del fémur izquierdo.

En esta disposición, claro es que la marcha era muy penosa, y por las mismas razones que en el caso anterior se le dió entrada en el Instituto, y el 23 de Marzo del presente año fué operado. Se hicieron desbridamientos de tejidos fibrosos y músculos trocanterianos, flexores del muslo y adductores, extensión y contraextensión

forzada, hasta llegar á ganar lo que se pudo. La extensión continua en estos casos la pongo desde el muslo. Un apósito contentivo es siempre necesario. Al mes y medio levanté la cura. La herida había cicatrizado sin supurar. La disposición de las partes, como indican las figuras 14 y 15. Se había ganado en longitud de tres partes dos, y en corrección bastante. Compárense las figuras 14 y 15 con las 12 y 13.

En la actualidad, este enfermo acude á mi domicilio por estar cerrado el dispensario. He mandado hacerle un cinturón pelviano con ceja metálica que contenga el trocánter, zapato de alza sólo en el talón, en forma de cuña, cuya alza va por dentro en la bota simulando un zapato normal. Espero, con el masaje y movimientos pasivos, llegue á andar de un modo satisfactorio.

---

## RESULTADOS DE LA TIOSINAMINA EN EL TRATAMIENTO DE LA OTO-ESCLEROSIS

### NOTA PRELIMINAR

POR EL DR. A. G. TAPIA
Del Instituto Rubio.

Hace ya cuatro años, en la clásica visita general que los profesores del Instituto Rubio pasan los jueves, refería el Dr. Cervera, con motivo de un caso clínico en el que grandes cicatrices de la cara inmovilizaban la mandíbula, el efecto sorprendente que un médico vienés, no recuerdo el nombre, había obtenido con la tiosinamina. Y aunque también he olvidado los detalles del caso que refería el ilustre cirujano del Instituto, lo esencial de su relato era que á una enferma operada de laparotomía se le dió, tampoco sé con qué fin, la tiosinamina, observando que la cicatriz se ablandaba y aun se abría.

De aquí surgió la idea de emplear esta substancia en el tratamiento de las estenosis cicatrizales de diversos órganos, afirmando los que tal realizaron que el resultado obtenido fué excelente en muchos casos.

Al oir esto acudió á mi mente la semejanza de los procesos cicatrizales con los procesos de esclerosis, semejanza más ó menos relativa que conocemos todos y que no hay para qué analizar en este sitio. Y puesto que la oto-esclerosis produce sordera lenta, progresiva, fatal, que no sabemos curar aún, ¿no podría ser beneficiada, me preguntaba yo, con el uso de la tiosinamina, que tan buenos efectos produce en lesiones de patogenia similar á la suya?

Teóricamente habría contestado con una afirmación, si la enorme trascendencia del problema de la curabilidad de la otitis escle-

rosa no se hubiera presentado ante mi vista en proporciones más colosales aún de las que tiene, á medida que á él me dirigía con mis tentativas, y porque á veces la teoría que más fundada parece cae con estrépito al recibir el contraste de la realidad.

A pesar de no forjarme ilusiones de resolver este problema, debo confesar que comencé mis ensayos con esperanza y con arrestos dignos de mejor causa. Con cierto sigilo, con el sigilo con que se llevan á cabo esta clase de investigaciones, comuniqué estas mis ideas á mi querido amigo el Dr. Casado, asistente entonces á la clínica de oto-rino-laringología del Instituto Rubio, á la vez que compartía conmigo los trabajos de la mía. Y aquí vino mi primera decepción al saber que á este amigo mío se le había ocurrido también esta misma idea; porque si ya éramos dos que sin ponernos de acuerdo habíamos pensado lo mismo, ¿no había razón suficiente para creer que no seríamos los únicos y que tal vez, á pesar de que en nuestros trabajos bibliográficos no habíamos encontrado nada, el tratamiento de la oto-esclerosis por la tiosinamina era cosa descontada por probadamente inútil? Pregunta capaz de desanimar á cualquiera menos á nosotros, que por toda contestación nos dedicamos á tratar, con la esperanza de curarlos, á todos los sordos por esclerosis que se nos presentasen.

En un número del *Bull. de therapeutique* de 1897, en una referencia que se hace de un trabajo de van Hoorn (*Recherches cliniques et bacteriologiques sur l'action de la thiosinamine*), leímos que este autor había empleado la solución alcohólica de Hebra al 15 por 100 en inyecciones hipodérmicas que practicaba dos ó tres veces por semana, obteniendo rápida mejoría, en un lupus extenso y en unos queloides cicatrizales, y también la disolución glicerinada al 10 por 100, á la cual parece que daba sus preferencias. Y nosotros, que no conocíamos otra cosa, nos decidimos por la disolución glicerinada preferida por Hoorn.

He aquí los casos en los que hemos empleado este medicamento y los resultados obtenidos, que, como verá el lector, no pudieron estar más en desacuerdo con nuestras esperanzas.

Son tan vulgares, tan constantes y tan clásicos los síntomas de la oto-esclerosis, que con exponer con alguna detención la primera historia nos ahorraremos en las restantes repeticiones inútiles.

Observación I.—M. R., de treinta y seis años. Le vimos la primera vez el 6 de Marzo de 1903. Desde que tenía veinticinco años empezó á notar torpeza en la audición, que continuó lenta pero progresivamente, hasta quedarse sordo de los dos oídos, todo esto sin dolor y sin supuración; siente además un ruido continuo, semejante al que produce el batir de las alas de una abeja, ruido tan molesto que más por él que por la sordera acude en busca de tratamiento.

*Examen.*—Nada anormal en parte alguna que no sea el oído. El aspecto del tímpano es el característico de la esclerosis.

| | | |
|---|---|---|
| Audición en ambos oídos..... | Voz..... | Cuchicheo: nada.<br>Voz normal: 30 centímetros. |
| | Reloj..... | Aérea: nada.<br>Craneal: sí. |
| | Weber ... | No se lateraliza. |
| | Rinne .... | Fuertemente negativo en ambos lados. |
| | Gelle..... | Negativo. |

La auscultación de la trompa durante el cateterismo demuestra franca permeabilidad. No se modifican la audición ni los ruidos por la politzeración ni el sondeo.

*Tratamiento.*—Comenzó el día 12 de Marzo de 1903; se le pusieron doce inyecciones de la disolución glicerinada de tiosinamina al 10 por 100.

Ni la audición ni los ruidos mejoraron nada.

Observación II.—N. S., de cuarenta y ocho años. Antecedentes hereditarios de sordera. Su enfermedad data de hace quince años; su estado actual es de sordera más avanzada aún que en el enfermo anterior.

*Diagnóstico.*—Oto-esclerosis. Se le ponen seis inyecciones, comenzando el 16 de Marzo. No se continuó el tratamiento porque la paciente, que no obtenía mejoría alguna, no se avino á sufrir las fuertes molestias de estas inyecciones.

Observación III.—L. T., cincuenta y dos años, guardia municipal. El mismo diagnóstico y análogo estado de audición. Este desgraciado, cuyo destino peligraba con la sordera, se sometió al nuevo tratamiennto, lleno de esperanza y de fe, porque ya había sido tratado sin éxito con los medios corrientes por distinguidos colegas y por nosotros mismos; á este enfermo se le pusieron 20 inyecciones desde el día 18 de Marzo al 25 de Abril. No se obtuvo mejoría; al principio decía que los ruidos eran menores; tal vez fueran efecto sugestivo, porque al final continuaron lo mismo.

Observación IV.—I. V., cincuenta y cuatro años. Este enfermo, con sordera acentuadísima por oto-esclerosis pura, comenzó el tratamiento á la vez que el enfermo anterior; lo siguió con la misma asiduidad, y por desgracia lo terminó con el mismo resultado; recibió también 20 inyecciones de tiosinamina.

Observación V.—E. G., cuarenta y cinco años. Oto-esclerosis avanzada en el oído derecho, incipiente en el izquierdo; ruidos en ambos. Se hizo la anotación acumétrica, y después de 12 inyecciones de tiosinamina como único tratamiento, la audición continuaba lo mismo, aun en el oído izquierdo, que era el menos afectado.

Observación VI.—E. L., veintiocho años. Oto-esclerosis en ambos oídos; á la tercera inyección nos dijo que oía algo mejor, y, en efecto, el cuchicheo, que lo entendía al principio á un metro, lo llegó á oir á dos metros. Hay que advertir que con los cambios de tiempo y con las proximidades de la menstruación, mejoraba ó empeoraba espontáneamente la

los trabajos de Hirschland, Kassel y Sugar, intentábamos buscar la razón de la diferencia de resultados obtenidos por nosotros.

Nosotros hicimos una cuidadosa selección de enfermos con otoesclerosis pura; es decir, en los cuales no cabía invocar la influencia de una estenosis tubárica más ó menos temporal, ni de lesiones de vecindad, tales como faringitis, corizas, etc., etc., en el mantenimiento ó en la exacerbación de la sordera producida por la otoesclerosis, y, por lo tanto, la disminución de la sordera y de los ruidos no podía ser atribuída á la mejoría de las alteraciones concomitantes con la esclerosis.

Nosotros suspendimos todos los tratamientos locales (cateterismo, masaje, etc.) para no confundir el efecto de la tiosinamina con el de los otros medios terapéuticos. Es de notar que Sugar trataba á sus enfermos instilando por la trompa gotas de este medicamento, y cabe la duda de si el beneficioso efecto lo produjo la sustancia introducida en la caja ó el hecho mecánico de la presión aérea necesitada para hacer llegar las gotas á la caja.

Nuestras observaciones son muy pocas, aunque realmente no son muchas más las de los autores citados.

Por último, la dosis usada por nosotros fué menor y empleada durante menos tiempo. Y es que, desconociendo entonces la acción fisiológica del medicamento, del cual sólo sabíamos que obraba de modo parecido al de la tuberculina de Koch, y que tenía varios peligros, por haber provocado hemoptisis á determinados enfermos, no nos pareció prudente aumentar la dosis, que podía exponernos á desagradables contratiempos.

En vista de todo esto, y provistos ya de una bibliografía suficiente para llenar las lagunas observadas, hemos comenzado de nuevo los trabajos abandonados, modificando la técnica, haciendo la experimentación en varios grupos de enfermedades bien deslindadas, no sólo de las productoras de sordera, si que también de las estrecheces cicatrizales de la laringe, faringe, tráquea y esófago.

Los nuevos trabajos, interrumpidos por las vacaciones veraniegas, son aún muy limitados para poder formar con ellos definitivo juicio; esperamos alcanzar una cifra respetable, y entonces en esta misma Revista expondremos los resultados obtenidos y el juicio más ó menos acertado, pero definitivo, que nos merece la tiosinamina.

# PIES PLANOS Y EN VALGUS

POR LOS DRES. PALACIOS Y RIOSALIDO
Profesores del Dispensario de Osteo-artropatías y Ortopedia.

Por los últimos días de este Enero, una mujer fuerte, colorada, y como de unos veintitantos años, entraba en nuestro dispensario sostenida malamente en dos muletillas de mano, en que se apoyaba. Los dos que escribimos este trabajo interrogamos á la enferma, y al momento manifestaba su presencia en aquel sitio enseñándonos unos pies excesivamente aplanados, rodados hacia dentro (en *valgus*), muy dolorosos é inservibles para la marcha y el *sostén* de la pobre enferma; manifestaciones todas de pies planos en valgus, dolorosos, y más acentuadas en el lado derecho.

FIG. 1.ª

Se trataba de un caso en el que no cabía más recurso que la intervención cruenta: restauración de la bóveda obrando sobre el elemento óseo y haciéndola fija, y desaparición del valgus con la corrección forzada.

Así se pensó, y en cuanto hubo ocasión se la dió entrada. El doctor Palacios encargóse de intervenir sobre uno de los pies, y el doctor Riosalido en otro; y como ambas opreraciones y el curso post-operatorio ha sido el mismo, con ligeras variantes, y como, por fortuna, el resultado hasta ahora ha sido bueno, haremos una descripción con la misma horma y á la medida de ambos pies.

Todos los procedimientos que actúan sobre el hueso para la curación del pie plano son medio-tarsianos; sólo Trendelemburg, que

dirige sus cortes al cuello inferior de la tibia y peroné, y Gleich, que secciona el calcáneo en sentido ántero-posterior, para hacer resbalar hacia delante el fragmento más póstero-inferior, los demás ci-

Fig. 2.ª

rujanos han resecado una cuña que comprendía todo el escafoides, como hace Bird, ó todo el astrágalo (Vogt), ó el escafoides entero,

Fig. 3.ª

cabeza del astrágalo y una viruta de los primeros cuneiformes, según Lejars, ya la cabeza y cuello del astrágalo, práctica de Stokes, ó, por fin, apuntando el procedimiento de Ogston, cuña tan ligera que era exclusivamente un refrescamiento de la articulación astrá-

galo-escafoídea. Nosotros, siguiendo el criterio de Schwartz, que subordina el sitio y la cantidad de cuña que se ha de resecar al juicio del cirujano y á la mejor corrección de la deformidad, intervinimos de este modo:

Hecha una desinfección minuciosa de todo el pie, y descansando éste sobre el borde externo, se hizo sobre el interno una incisión á fondo paralela á la planta del pie, de unos seis centímetros de larga, y que comprendía en su punto medio la articulación astrágalo-escafoídea; descubierta ésta, se denudaron de su periostio los dos huesos que la forman, y se procedió á resecar la cuña ósea, una vez que

FIG. 4.ª

con dos separadores quedó perfectamente al descubierto la articulación. Dos cortes de escoplo, uno que atacando el escafoides de dentro á fuera y ligeramente de delante á atrás, y otro que haciéndolo sobre el astrágalo también hacia fuera y de atrás á adelante, fueran á reunirse ambos en la profundidad del tarso, limitaron de este modo una cuña que comprendía dos tercios de escafoides y una delgada lámina de astrágalo. Se cortaron algunas ataduras ligamentosas que sujetaban el trozo resecado, y se extrajo éste con unas pinzas.

Esto fué todo; después algunos pequeños detalles, como nivelación de superficies, extirpación de restos de cartílago, mayor refrescamiento de astrágalo en un pie más que en otro... el resultado fué el mismo: en ambos quedaron dos superficies, lo suficientemente regulares para soldarse más tarde y formar una bóveda fija. Se ligaron algunas arteriolas y se procedió á la colocación del vendaje escayolado, el mejor medio para obtener la consolidación de las dos superficies refrescadas. Puesto el apósito, y mientras un ayudante,

cogiendo el pie por los dedos y el talón, acentuaba el *varus* y aproximaba el borde interno del repetido pie sobre él mismo, hasta forzarlo, hasta sentir el contacto de las dos caras óseas, otro colocaba el vendaje inamovible desde mitad de la pierna á la punta de los dedos, manteniéndolo después el primer ayudante en la posición forzada, hasta ver la escayola completamente endurecida.

El 5 de Febrero se operó el pie derecho, y el mismo día, bajo la acción del cloroformo, se colocaba en el izquierdo un vendaje enyesado corrigiéndolo en *varus* para facilitar la operación cuando en él se hiciera.

Fig. 5.ª

Fig. 6.ª

Veinte días después se operaba el otro y se levantaba la cura del primero, viendo que había consolidado, pero que para mayor seguridad volvióse á inmovilizar.

A las dos semanas abríamos una ventana en el apósito enyesado del izquierdo para ver cómo se encontraba la herida: también, por fortuna, había cicatrizado, é iba la soldadura camino de la consolidación; cerramos la ventana, y así quedaron ambos pies dentro de sus vendajes respectivos, hasta últimos del mes de Abril, en que se quitaron definitivamente, y fueron reemplazados por plantillas de aluminio para sostener dos bóvedas con dos callos jóvenes.

A los tres meses de su ingreso en la sala salía la enferma, sin haber tenido durante su estancia en ella la más ligera fiebre; sin dolo-

res, con suficiente bóveda plantar, andando con la ayuda de dos bastones, hasta ahora, que vista en Mecanoterapia, donde la dan algunas sesiones de masaje, olvida de vez en cuando los palos en que se apoya. Las figuras adjuntas dan una idea de cómo estaban los pies y las impresiones plantares antes y después del tratamiento.

---

## CÁNCER DEL CARDIAS Y CURVADURA MENOR DIAGNOSTICADO POR ESOFAGOSCOPIA

POR EL DR. R. LUIS Y YAGÜE
Del Instituto Rubio.

En 19 de Enero del año corriente se presentó en nuestra consulta de la Policlínica Cervera Bernabé López, de treinta y nueve años de edad, de estado casado, natural y residente en Argamasilla de Alba (Ciudad Real), donde ejercía la profesión de labrador.

Nos refirió que su padre había muerto de cincuenta y seis años, por consecuencia de hidropesía, y que su madre vive y goza de buena salud; que crió bien, no recordando ninguna enfermedad estimable hasta los veinticinco años, que padeció un cólico por indigestión, cuyas consecuencias le duraron largo tiempo, pues estuvo enfermo nueve meses con grandes dolores de estómago, de los cuales no puede precisar más detalles; pero curando por completo y habiendo disfrutado de buena salud hasta hace dos años, que comenzó la dolencia que le llevaba á oir nuestra opinión.

Principió ésta por inapetencia no electiva y grandes acedos constantes, que no se acompañaron de vómitos, pero sí de estreñimiento, sin cesarle la cual, cuatro meses antes de que se presentara á nuestra observación experimentó gran malestar, seguido de pérdida de conocimiento y posterior diarrea, en la que arrojó mucha sangre, repitiéndose el insulto á los cinco días con vómitos abundantes de sangre; desde entonces desaparecieron los acedos y sentía al tragar cierta molestia, «como si le pasase la comida por una herida», no pudiendo ingerir alimentos toscos; las molestias habían perseverado á pesar de todo tratamiento, y esto le indujo venir á Madrid, enviándole á nuestra clínica el distinguido ginecólogo Sr. Lizcano.

Llevaba cuando á ella fué cuatro días en Madrid, y desde entonces las deposiciones, que eran blandas, habían llegado á tres ó cuatro por día, siendo de aspecto excrementicio y efectuándose con dolor, sin que se hubiera fijado en el color ni si en ellas salían trozos de comida sin digerir.

Su aspecto era el de un anémico agudo; hombre del campo á quien la constante permanencia al aire libre daba coloración oscu-

ra, no tenía el color rosado que les es común, sino una palidez de piel y mucosas que hacía constraste con lo tostado de cara y manos; sosteníase aún bien de carnes, y tenía el semblante algo contraído por el sufrimiento constante que experimentaba en la parte más alta y algo izquierda del hueco epigástrico. El pulso comprobaba la anemia, pues era frecuente, pequeño y blando, y su estado de fuerzas armonizaba con los caracteres del pulso.

Algo sombrío y de pocas palabras, no pudimos obtener otras referencias que las mencionadas.

La exploración dió pocos datos: vientre uniformemente hundido, sin relieves ni ondulaciones, duro á la palpación, con mediana defensa muscular epigástrica. Por percusión se comprueba que el estómago ocupa su situación normal y es pequeño, pues la curvadura menor, tres horas después de un desayuno ordinario, está á tres traveses de dedo por encima del ombligo, no pudiéndose provocar bazuqueo por sucusión. No había infartos supraclaviculares, ni en las ingles otros que los habituales en región de tan accidentados tributarios linfáticos.

Las dificultades de la deglución imponían el cateterismo, pero rehuímos su empleo inmediato hasta que por observación de la marcha de la dolencia pudiéramos tener la certeza de que no podíamos dar ocasión á que se reprodujera el accidente hemorrágico que, con caracteres tan alarmantes, había tenido ya lugar; y, diferiendo, le ordenamos: régimen albuminoídeo blando en tomas cortas y frecuentes, y una mezcla alcalina compuesta de 30 gramos de bicarbonato de sosa, 10 gramos de creta preparada y 5 de fosfato de cal, para tomar una cucharadita de las de café en agua no azucarada una hora después del desayuno, del alimento de mediodía que hiciera de comida y del de la noche que hiciese de cena, con lo cual determinábamos de modo preciso nuestro juicio de que creíamos secundarias sus molestias al exceso de secreción gástrica que se conoce clínicamente con el nombre de hiperclorhidria.

El 22 de Enero, las dificultades á la deglución se han acentuado de modo notable y devuelve parte del alimento que toma, acompañado de aguas claras sin la más pequeña estría ni indicio de sangre; continúa la ligereza de vientre, y le disponemos medio gramo de tanígeno cada tres horas, á lo cual añadimos más tarde una píldora de centigramo y medio de extracto de belladona con medio centigramo de extracto tebaico, para tomar una, mañana y tarde, con lo que si conseguimos la cesación temprana de la diarrea no logramos modificar nada los dolores ni la disfagia, que, particularmente la última, iban en aumento, por lo que se imponían exploraciones más detenidas.

Nada volvimos á encontrar por las externas efectuadas, y ante

la falta de todo dato hemorrágico actual procedimos á sondarle cuidadosamente con sonda esofágica blanda, delgada. El cateterismo no ofreció dificultad alguna, pero la sonda se detuvo á los 37 ó 38 centímetros de la arcada dentaria; la presión dulcemente ejercida permitió darse cuenta exacta de que el obstáculo era permanente é infranqueable; en la sonda salió algún líquido mucoso, sin la más pequeña estría de sangre; el sondaje no fué doloroso ni dió lugar á incidencia alguna posterior.

Como á los espasmos orgánicos del esófago suele siempre sumarse los espasmódicos, tributarios terapéuticamente no pocas veces de la belladona, insistimos en su administración; y cuando por el tiempo de su empleo creímos que podíamos haber logrado sus efectos, procedimos á sondarle de nuevo, sin encontrar modificación alguna estimable. Tampoco en la sonda salió sangre, ni el cateterismo ocasionó molestia ni dolor alguno ni dió lugar á accidente ulterior.

Había, pues, una estrechez graduada é infranqueable de la última porción del esófago en las proximidades del cardias, irreductible por medio del cateterismo, imponiéndose la determinación de su naturaleza como base indispensable de tratamiento.

¿Podía ser éste médico? Desde luego que no, puesto que sólo las estrecheces espasmódicas son susceptibles de curar por medios farmacológicos, sobre todo asociadas al cateterismo, y ésta evidentemente no lo era. Cabía, pues, hacer como primera afirmación que se trataba de una estrechez de causa orgánica, graduada hasta no consentir el paso de las sondas delgadas, y por progresiva, según demostraban las dificultades crecientes á la deglución, susceptible de llegar á la estenosis, con muerte por inanición del enfermo, que aún conservaba carnes y energías, sin que pudiera pensarse en la dilatación progresiva por imposibilidad del cateterismo.

El único camino de tratamiento que parecía quedar expedito era el quirúrgico; y como el enfermo carecía de medios de fortuna para otra asistencia que la hospitalaria, le hicimos ingresar en el Instituto Rubio.

Pero ¿por qué dolencia? Decir estrechez orgánica de la porción inferior del esófago podía ser cómodo y poco arriesgado á equivocaciones, pero absolutamente reñido con los principios más elementales diagnósticos, que obligan siempre á determinar, de manera tan precisa como sea posible y sin ambigüedades habilidosas, la dolencia del paciente sometido á nuestra observación.

Ahora bien: en este enfermo había una historia gástrica lejana y otra de dos años de fecha, con molestia continua, exacerbable por las ingestiones alimenticias, que ocasionaban dolor de contacto en la última porción del esófago; el sufrimiento era grande, intenso, con ligera defensa muscular de la pared abdominal; y cuatro meses

antes de nuestra observación había tenido una hemorragia gástrica, abundante, manifestada en forma de melena, que repitió con vómito pocos días después; y en todos estos datos encontrábamos las referencias relativamente precisas del cuadro morboso de la úlcera simple del estómago precedida de su no corta etapa de hiperclorhidria.

La aparición de la disfagia después de la hemorragia y su crecimiento progresivo inducían á pensar que el proceso había tenido asiento en la última porción del esófago, originando su cicatrización la soldadura de la cavidad virtual esofágica con estrechamiento progresivo de su luz.

De otra parte, aunque había anorexia, ni ésta era acentuada ni electiva en particular por las carnes; había vómitos escasos y acuosos, pero éstos eran inmediatos á las comidas y evidentemente esofágicos, no habiendo aparecido en ellos moco sanguinolento ni estrías de sangre; no tenían tampoco mal olor, ni el aliento era fétido; había habido hemorragias, pero en ellas no había sido la pérdida sanguínea corta, pero continua, que se traduce por la coloración oscura ó acafetada de las materias vomitadas, sino la salida de gran cantidad de sangre por rotura de un vaso importante, con el cortejo morboso de las grandes hemorragias; repleción del estómago, sensación de desfallecimiento con náuseas y pérdida de conocimiento por anemia cerebral aguda y que, como las más de las veces sucede en los ulcerosos, había repetido poco después. La defensa muscular no hacía fácil la exploración, pero la permitía en grado tal que cabía la posibilidad de afirmar que no se tocaba tumor alguno; no se percibían infartos linfáticos; no había síntoma alguno pleural en el lado izquierdo ni derecho; jamás había tenido la menor accesión febril; las deposiciones erran irregulares ó habían tendido á la diarrea, sin lientería comprobada. Después de dos años de enfermedad no había síntoma alguno de caquexia, ni edemas, ni metástasis, pudiendo concederse escasísimo valor á los datos que suministrara el examen de la sangre por las hemorragias habidas y á los de orina por la inanición relativa en que las dificultades á la deglución le colocaban.

Así, pues, no dudamos en afirmar que se trataba de una estrechez esofágica, consecutiva á la cicatrización de una úlcera simple, asentada en la última porción del esófago, en las proximidades del cardias.

Y contribuían á hacernos firmes en nuestro pensar dos hechos del curso de la dolencia dignos de ser destacados: la existencia de hemorragias abundantes, de las cuales el enfermo se había relativamente rehecho, no conservando más que la palidez, hecho que no acaece en las neoplasias malignas, pues es la regla que sin repo-

nerse de ellas sucumban tanto más rápidamente cuanto la pérdida sanguínea ha sido mayor, y que aquí tenían un motivo más de apresuramiento en la alimentación insuficiente; y la conservación de carnes, puesto que es lo general, y más aún cuando hay dificultades ingestivas, la desnutrición rápida nunca tardía, ya que la duración general de los cánceres del estómago no suele exceder de un año, es mucho menor cuando asientan en el cardias ó en el píloro, y tanto más corta cuanto el sujeto es más joven.

No teníamos, pues, ningún motivo para dudar, y no dudamos.

Ahora bien: ¿qué clase de intervención debía serle practicada?

A nnestro juicio, una fístula gástrica, como medio alimenticio primero, como medio terapéutico después, puesto que podía permitir el empleo del cateterismo retrógrado hasta la consecución de la luz permanente precisa ó las maniobras quirúrgicas que el examen anatomopatológico directo del proceso hicieran considerar como más convenientes.

¿Había alguna contraindicación operatoria? No encontrábamos ninguna, sino motivos para la urgencia en las crecientes dificultades á la deglución que el enfermo tenía desde los últimos tiempos. Todo lo más que podía suceder era que nos equivocáramos respecto á la naturaleza de la estenosis; pero como era indudable su existencia, fuera ésta la que quisiera, se imponía la necesidad de salvarle de la inanición por la creación de una nueva boca que permitiría la entrada de alimentos en cantidad conveniente en su aparato digestivo, y esto no podía procurárselo nada más que la creación de la fístula gástrica.

Y tal como lo decimos hubimos de razonarlo y proponerlo en una de las visitas generales que los jueves efectúan en común profesores y alumnos á los enfermos del Instituto.

Y como lo proponíamos fué aceptado; pero falseríamos la verdad si ocultásemos que aunque nadie hizo exposición de motivos y reconocían justas las razones alegadas para el diagnóstico, se inclinaban los más á pensar que, juzgando por el aspecto general sobre todo, y á pesar de los demás, la causa de la estenosis fuera maligna.

Había un medio para poder tratar de precisarlo: la esofagoscopia; y habiéndosela visto practicar con su habitual habilidad al Dr. Tapia, le rogamos que la efectuara, y con su común desinterés se apresuró á hacerla.

No hubo en ella incidente alguno, y á distancia de 37 centímetros de la línea dentaria se halló un ligero ensanchamiento del esófago, convertido en cavidad real. El fondo de ella, como puede verse en las adjuntas figuras, cuyos dibujos debo á la amabilidad del Dr. Tapia, estaba constituído: á la derecha, por una tumoración re-

dondeada con alguna lobulación, pero cubierta de mucosa sana, aunque muy hiperemiada, ocupando la neoplasia casi todo el campo esofagoscópico; á la izquierda, por un pliegue (P, en la figura 1.ª) de la pared izquierda del esófago, que se hallaba normal. Entre el pliegue y el abultamiento descrito veíase una hendidura semilunar estrecha, á través de la cual oscilaba con ritmo isócrono al respiratorio un líquido espumoso que afluía y se alejaba de la luz esofágica; ofreciendo la particularidad la oscilación de no verificarse de abajo á arriba, como normalmente ocurre, sino de izquierda á derecha en sentido horizontal.

FIG. 1.ª

P.—Pliegue.
H.—Hendidura.
T.—Tumor.

Todo lo cual, que pudieron también ver y comprobaron el doctor Spreáfico y los que con él presenciaron la exploración, podía interpretarse fácilmente del siguiente modo: una masa tumoral (cuya naturaleza no podía ser averiguada dada la normalidad de la mucosa) situada en el lado derecho del esófago á 37 centímetros de la arcada dentaria, en sujeto de baja estatura y en quien dicha distancia debe ser 37 á 39 centímetros, debía radicar en el estómago, y por su topografía no podía ser en otro sitio que en su curvadura menor. Y así hubimos de creerlo. Pero esta tumoración era grande, y por la dirección de sus contornos podía asegurarse que sin duda ninguna se prolongaba hacia la izquierda, como se señala en la figura 2.ª, pues no de otro modo, si no, podría explicarse la rítmica oscilación horizontal del líquido que acompasadamente refluía del estómago.

Y no se veía más. Pero con ello ya se había visto lo bastante para poder declarar incierto el diagnóstico que yo había hecho, y considerar como indudable la existencia de una neoplasia gástrica, que nacida casi con seguridad en la curvadura menor en las proximidades del cardias, le había invadido submucosamente, ganando la porción inferior del esófago, cambiando su estática, ó simplemente había propulsado las partes contiguas sin invadirlas. Pero ¿hasta dónde ocupaba y cuál era su naturaleza? Lo primero no era posible inducirlo; cabía pensar que podía tener un asiento y distribución amplia, aunque nada se tocaba; en cuanto á lo segundo, forzoso era confesar que el aspecto era inequívoco é indudablemente maligno.

No modificaba esto la indicación operatoria, y el Dr. Cervera creó la fístula gástrica por un procedimiento tan hábil como ingenioso, que no detallo porque lo ha de exponer aquí seguramente con la maestría que lo hizo á la cabecera del enfermo. Antes de intervenirle no hubo incidencia ninguna en la operación, pero el acto quirúrgico fué aprovechado para palpar el estómago, y pudo verse

que se trataba de una extensa neoplasia que ocupaba situación y extensión análoga á la dibujada en la figura adjunta.

Nada ocurrió postoperatoriamente; la fístula resultó perfecta y continente, á pesar del riesgo de retracción que acompaña á estas

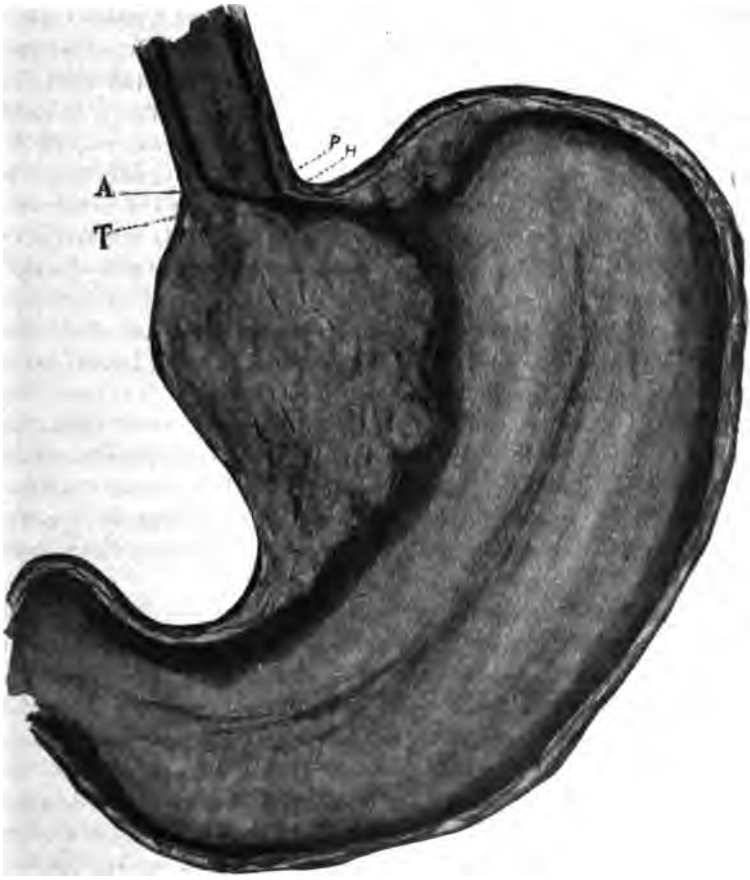



FIG. 2.ª

A.—Sitio de la imagen esofagoscópica.
P.—Pliegue normal de la pared izquierda del esófago.
H.—Hendidura por donde salía horizontalmente líquido con los movimientos respiratorios.
T.—Tumor.

neoplasias, sobre todo las infiltradas, que convierten el estómago en un cono cuyo vértice es la fístula, y de la cual ya habíamos visto algún ejemplo en un enfermo operado en cursos anteriores.

No había posibilidad de pensar en cateterismos retrógrados, ni la extensión del proceso autorizaba las intervenciones radicales.

La nutrición mejoró poco, sin embargo, y limitado á la alimentación por la fístula, pues la esofágica se hizo rápidamente imposible, se le vió perder progresivamente, sin modificación ostensible de sus sufrimientos.

Quedaban aún en nuestro ánimo los resquemores de la duda, y para agotarlos, ya que no era posible efectuar una comida reglada de prueba, podíamos hacer ensayos de orientación mojando papel seco impregnado en soluciones de rojo congo con el líquido que contenía su estómago, aprovechando el tapón que cerraba la sonda puesta en su fístula; y así lo hicimos, siendo evidente la hipoclorhidria. Y la prueba no pudo ser más concluyente, puesto que la efectuamos teniendo por sujeto de comparación otro enfermo, ulceroso indudable para nosotros y susceptible de dudas para otros, en quien el papel congo azuleó hasta parecer negro, en tanto que en él no tuvo cambio alguno de color.

Había, pues, que rendirse á la evidencia; y estando satisfechos de haber agotado los medios científicos para hacerlo, lo confesamos sin atenuación de ninguna clase.

¿Cabía, sin embargo, hacer algo útil por el enfermo? Humanitariamente, no: sostenerle alimenticia y medicamentosamente lo mejor posible y calmar sus incidencias sintomáticas. Científicamente, sí: retenerle para efectuar su necropsia, que podía procurarnos todavía utilitarias enseñanzas. Y á ello encaminamos todos nuestros esfuerzos.

Porque se podía pensar, y pensábamos sin tenacidades de amor propio, que procuramos desechar á la cabecera de los enfermos que toda la discordancia sintomática podía arrancar y tener como origen de que la neoplasia hubiera nacido en una úlcera simple ó en su cicatriz; y esto no era posible desentrañarlo sin la investigación anatomopatológica y el examen histológico.

Pero el enfermo, no completamente exhausto de medios económicos, viendo que no era nuevamente intervenido, prefirió la última dicha que le era posible: la de ir á morir entre los suyos.

Y allí acabó por consunción, una quincena de días después, sin incidencia alguna, llevándose á la tierra, como tantos otros, el enigma de la patogenia de su proceso.

Pero dejándonos esta verdad adquirida, que conviene destacar como enseñanza final: la utilidad diagnóstica de la esofagoscopia.

## QUISTES HIDATÍDICOS NOTABLES

POR EL DR. GARCÍA DE ARIAS
Del Instituto Rubio.

El eminente profesor Jorge Dieulafoy, en su *Manual de Patología Interna*, al ocuparse de los quistes hidatídicos del peritoneo, en las páginas 393 y 394 del tomo II (edición española del Dr. Ulecia, 1903), dice lo siguiente:

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de los quistes hidatídicos del peritoneo está lleno de dificultades extremas; las induraciones, los abultamientos, los tumores que forman las hidátides, semejan á las induraciones y tumores de las peritonitis tuberculosa y cancerosa. Unas veces, los quistes dan la sensación de tumores blandos, fluctuantes; otras, la sensación de tumores duros y adheridos á los órganos vecinos. «Se comprende que el tumor hidatídico haya sido tomado por la vejiga distendida por la orina, por el útero grávido, por tumores fibrosos, fibroquísticos, por abscesos periuterinos, por trompas quísticas ó quistes del ovario» (Soupault) (1). La punción aspiradora es el único medio de llegar al diagnóstico.

*Tratamiento.*—El tratamiento no da, en este caso, los resultados que se obtienen en los quistes hidatídicos del hígado, y la razón es que los quistes del peritoneo son múltiples, de edades distintas; se desarrollan unos después de otros, y hay que suponer que por punción aspiradora ó por laparotomía se llegará á obtener la curación del quiste principal ó de dos ó tres quistes principales; pero nada se hará con los otros quistes que todavía no han entrado en evolución: *Uno avulso, non deficit alter.*

Veamos ahora lo que dice el profesor W. Körte, de la Universidad de Berlín (página 99, tomo III de la edición española del *Tratado de Cirugía Clínica y Operatoria* de E. Bergmann, P. Bruns y J. Mikulicz):

Los *quistes desarrollados entre las hojas omentales* provocan casi análogas manifestaciones que los mesentéricos, de los que no es posible separarlos clínicamente. Tampoco puede precisarse, sin acudir á la punción exploradora, la naturaleza del quiste, sea hidatídico, quiloso, sanguíneo ó seroso. Pero la punción no deja de ofrecer sus peligros por la posibilidad de que se encuentre el intestino por delante del quiste. Las más de las veces es innecesaria, pues sin ella es posible establecer el diagnóstico de quiste mesentérico ú omental...

---

(1) Soupault ha hecho un excelente estudio de los quistes hidatídicos del peritoneo; su trabajo se ha publicado en la *Gazette des hôpitaux*, 27 Julio 1895.

Muchas más citas podría hacer, pero basta con las dos hechas de profesores tan competentes y bien impuestos en la bibliografía médica publicada hasta el momento en que han dado á luz sus opiniones sobre los equinococos del peritoneo; éstas—con las reservas debidas—pueden apreciarse como síntesis de los trabajos precedentes y á los que ellos aluden y citan en sus notas bibliográficas. Los nombres que figuran en las mencionadas notas son: Waldeyer, Witzel, Birsch-Hirschfeld, Madelung, Davaine y Charcot, Masseron, Ferval, Soupault, Annandale, Greig, Smith, Wickham Leggs y Vegas y Cranwell, algunos de los cuales gozan de reputación universal.

He visto operar y examinado bastantes enfermos y enfermas de quistes hidatídicos de diferentes órganos, de la piel, de los músculos, etc.; sólo diez casos de equinococos peritoneales encontré entre tantos operados por el profesorado del Instituto.

Sobre estas diez observaciones descansan los juicios clínicos de la parte crítica de este trabajo, que, como se verá, aunque conforme en el fondo con los profesores Dieulafoy y Körte, existe sin embargo disparidad de criterio en algunas de las ideas sustentadas por tan eximios maestros y el autor.

De estas breves consideraciones preliminares paso á la descripción de los casos por mí operados.

## I

Joaquina Álvarez, natural de Barcelona, aunque viviendo desde niña en esta Corte, de treinta y seis años, casada, asistente. Reglada á los catorce años, y sin tener después ningún trastorno en su menstruación, ha tenido siete embarazos, uno con aborto á los dos meses, otro de parto prematuro á los ocho meses. Los partos á término fueron normales, excepto el penúltimo, que luego detallaré, y los puerperios sin fiebre. Cuenta esta pobre que hará unos seis años notó un bultito en el reborde costal derecho, que fué aumentando lentamente y que al cabo de año y medio se le había abultado enormemente el vientre, por lo cual, aunque no tenía molestias de ninguna clase, decidió ir á consultar al Instituto Rubio (25 de Febrero de 1898).

Al reconocimiento presentaba un vientre globuloso exageradamente grande, apreciándose enormes tumores lobulados y algo aplanados. Por la palpación se notaba un voluminoso tumor quístico, multilocular, probablemente adherido al peritoneo parietal, y que llenaba casi en totalidad la cavidad abdominal. Por la vagina se tocaba en el fondo de saco posterior una tumoración trilobulada que parecía continuación del tumor abdominal. Se pensó si se trataría de un quiste papilomatoso de ambos ovarios con siembra en el peri-

toneo, y se decidió operarla; pero algunas observaciones que me permití hacer referentes al caso, hicieron vacilar el anterior diagnóstico—el mío era tumor poliquístico, ni del ovario ni maligno,—y ya entró la duda creyendo si podrían ser quistes hidatídicos. Una punción confirmó este último juicio.

Como los tumores eran grandes y la mujer no fuerte, se desistió de operarla por creer no tendría resistencia para el trabajo de reparación. Quedó encomendada á mis cuidados, y la hice varias aspiraciones con el aparato de Dieulafoy, de 100 gramos cada una con inyección de una disolución de nitrato de plata al 1 por 100. Como le molestaban mucho, el vientre se había retraído algo, y considerando el peligro de ellas las abandoné y dejé de tratar á la enferma, recomendándola que viniera á verme si alguna novedad la ocurría. Efectivamente, al cabo de unos cuantos meses se presentó por creerse embarazada, aunque no sabía bien de cuánto tiempo. La reconocí nuevamente, y me pareció que estaba en cinta de unos seis meses; el útero había elevado la tumoración, que ocupaba el fondo de Douglas, y más adelante comprobé que la cabeza fetal ocupaba el área del estrecho superior, y, por consiguiente, era de esperar un parto eutócico.

Cuando llegó el momento del parto, por causas ajenas á mi voluntad no pude asistirla hasta pasadas veinticuatro horas del comienzo de los dolores, y me encontré con enorme edema de la vulva, feto muerto, inercia uterina y presentación de cara. Hice una aplicación de forceps, y extraje un feto al parecer de término; se produjo una rasgadura incompleta del periné, que suturé inmediatamente y cicatrizó muy bien. A los dos días se desprendió una pequeña escara del fondo de saco anterior, quedando una fístula vésico-vaginal pequeñísima que espontáneamente cerró á los quince días.

Pasaron dos años, y nuevamente embarazada, me llama á las seis horas de haberse iniciado el parto (30 de Enero de 1902), y en compañía del Dr. Botella me personé en su casa, contestando á nuestras preguntas diciendo que, aparte de las molestias que le ocasiona su enorme y pesado vientre, no ha tenido ninguna otra; muy pocos vómitos; sin trastornos en la micción y en la defecación.

Mujer de talla mediana, su cara está demacrada y terrosa; el vientre es grandísimo, algo aplastado en su parte supraumbilical, caído en la inferior en forma de alforja, con grandes arborizaciones venosas, que á simple vista resaltan, á más de un tumor esferoidal que alternativamente experimenta períodos de contracción y relajación, coincidiendo con los dolores, y situado á dos traveses de dedo por debajo del ombligo y colgando por delante de la sínfisis pubiana; otros dos tumores colocados por debajo de los rebordes costales en las líneas mamilares. Por la palpación estos tumores son reni-

tentes y abollonados, y tienen el tamaño de una cabeza de adulto. En el tumor uterino la palpación no consigue limitar partes fetales. Entre estos tumores hay una zona maciza y que da clara sensación de fluctuación. La circunferencia al nivel del ombligo es de 118 centímetros. Reconocida por la vagina, se aprecia vulva normal, y, apenas franqueada, una tumoración en la pared posterior de la vagina. Este tumor es liso, entre renitente y fluctuante; llena la vagina hasta casi no permitir el paso de un dedo por la cara anterior; alcanza hasta el fondo de saco posterior, pero parece que no lo ocupa, pues el dedo explora mal á esa altura por el relieve del tumor; se alcanza en su parte anterior un segmento del cuello del útero, que parece dilatado completamente; la bolsa amniótica íntegra, y se toca la cabeza del feto. Dados los antecedentes de esta mujer y la falta de otra clase de síntomas, no dudamos un momento en afirmar se trataba de un quiste hidatídico del tabique recto-vaginal que oponía una barrera á la salida del feto.

Se hizo una punción con un trócar algo grueso, y salió un líquido claro, en pequeña cantidad, en vista de lo cual se incindió la pared posterior de la vagina (no hay que decir que previa una antisepsia rigurosa de vulva y vagina) en una extensión de cinco centímetros, que dió salida á una gran cantidad de hidátides; se decorticó la membrana germinativa, y entonces comprobamos: que el quiste terminaba al llegar al saco de Douglas; que el cuello estaba completamente dilatado, la bolsa de aguas se acababa de romper, y el feto se presentaba en O. I. D. A., que á poco de desaparecer el obstáculo concluía de encajarse. Esperamos un momento, y ante el temor de que cualquiera de los otros quistes se rompiera, hicimos una aplicación de forceps, saliendo un niño vivo y sin padecer el periné.

Expulsión natural y completa de placenta y membranas. Se hizo después una limpieza esmerada, y se suturó los bordes de la herida con seda esterilizada. Se taponó con gasa, porque la matriz tenía tendencia á prolapsarse.

El feto, de unos 2.500 gramos, bien desarrollado. Puerperio apirético; á los ocho días se quitan los puntos por estar completamente cicatrizada la incisión. La mujer crió bien á su hijo.

***

Pierdo de vista á esta desgraciada hasta Octubre de 1905, en que se me presenta de nuevo, rogándome haga algo en su obsequio por serle imposible la vida en el estado en que se encontraba. Éste era el siguiente: vientre exageradamente grande (láminas III y IV), mayor que el que tenía en 1902 cuando estaba embarazada (en aquel entonces la circunferencia del abdomen al nivel del ombligo era de

# Explicación de las láminas

## Lámina I

Configuración y volumen del vientre de la enferma Joaquina A., en Enero de 1898. (De fotografía.)

Su medida arrojó las siguientes dimensiones:

| | | |
|---|---|---|
| Del apéndice xifoides al ombligo . . . | 28 | cm. |
| Del ombligo á la sínfisis pubiana. . . . | 17 | » |
| Del ombligo á la esp.ª i. a. s. d. . . . . | 35 | » |
| Del ombligo á la esp.ª i. a. s. i. . . . . | 32 | » |
| Circunferencia al nivel del ombligo . . | 115 | » |

## Lámina II

Sección sagital media y esquemática del vientre de la misma enferma, que representa la disposición del útero en la terminación de su último embarazo y del obstáculo que ofrecía al parto el quiste hidatídico del tabique recto-vaginal. (Enero 1902.)

## Láminas III y IV

La misma enferma vista de frente, y un tanto ladeada. (De fotografías tomadas en Octubre de 1905.)

Las dimensiones obtenidas por la mensuración de su abdomen, fueron éstas:

| | | |
|---|---|---|
| Del apéndice xifoides al ombligo . . . | 37 | cm. |
| Del ombligo á la sínfisis pubiana. . . . | 29 | » |
| Del ombligo á la esp.ª i. a. s. d. . . . . | 42 | » |
| Del ombligo á la esp.ª i. a. s. i. . . . . | 42 | » |
| Circunferencia al nivel del ombligo . . | 126 | » |

LÁMINA I

José Blass y Cía., San Mateo 1. Madrid.

UNIV. OF
CALIFORNIA

UNIV.

Dib. Feliciano Martín.

Jose Biass y Cia., San Mateo 1, Madrid.

UNIV. OF
CALIFORNIA

José Blas García, San Isidro, Madrid.

UNIV. OF
CALIFORNIA

LÁMIN

José Bless y Cía., San Mateo 1

UNIV. OF
CALIFORNIA

118 centímetros, ahora de 126); se fatigaba mucho al andar y subir cuestas; no tenía fiebre, y, sin embargo, de continuo le atormentaba la sed; prolapso completo del útero; amenorreica en los últimos meses; apenas comía, y la desnutrición de su organismo era tan acentuada como lo revelan con elocuencia las láminas ya citadas, que son reproducciones de fotografías.

Si en el año 1898—cuando yo vi por primera vez á esta enferma —me pareció una temeridad el operarla, siendo así que era mucho más satisfactorio su estado general que al presente, no se me ocultaba ahora que mayores eran las probabilidades de un fracaso si intervenía, que de procurarla alivio, pues resultaba ilusorio pretender la curación en este caso; sin embargo, como la disyuntiva era ó dejarla morir abandonándola á su suerte ó tratarla quirúrgicamente, opté por esto último y la dí ingreso en el Instituto Rubio.

Toda vez que los trastornos funcionales descritos eran producidos por el gran peso del abdomen, me propuse aliviarla de aquél, bien por la punción con un trócar grueso, y si este procedimiento no daba resultado, laparotomizarla, quitando los quistes que me fuese posible y cerrando la herida abdominal sin marsupializar ninguna bolsa por creer que ninguna estuviese supurada; de este modo evitábamos á este organismo depauperado el laborioso y lento trabajo de eliminación por necrosis de la cubierta celulosa del quiste ó quistes que marsupializásemos.

Tal fué el plan operatorio que me tracé *in mente*.

16 Octubre 1905: Punción profunda con un trócar grueso en el punto más prominente á la izquierda de la línea alba y por encima del ombligo; no salió ni una gota de líquido hidatídico.

18 Octubre 1905: Incisión media; evacuación de *centenares* de hidátides vivas, pequeñas y medianas, que contenía un grandísimo quiste subperitoneal de pared gruesa (8 á 10 milímetros); extirpación de tres quistes uniloculares, del volumen aproximado del puño, que colgaban de otros tantos dentellones del omento; marsupialización por encima del ombligo con suturas en U de la mitad superior de la gran bolsa y resección de su mitad inferior; oclusión de la herida infraumbilical.

En el acto operatorio ocurrió que, al vaciarse el contenido del voluminoso quiste subperitoneal, espontáneamente se redujo el prolapso uterino. Los intestinos delgados, por el peso que tenían que soportar y el roce continuo con la mencionada bolsa, estaban hiperemiados.

El tercio superior del quiste se perdía en ambos hipocondrios, siendo mayor su capacidad en el lado derecho que en el izquierdo, estando además en comunicación con el quiste madre del hígado por un pequeño orificio situado en la parte más alta, posterior y de-

recha, por el cual se veían salir pequeñísimos hidátides como uvas; de manera que este quiste peritoneal servía como depósito para almacenar los hidátides procedentes del hígado, que es donde se desarrolló el primer quiste de esta naturaleza. El estar en comunicación ambos quistes me decidió, contra lo que me había propuesto, á marsupializar el quiste operado. El volumen de éste puede calcularse en unos *15 litros*, puesto que el peso neto de las hidátides recogidas y trozo de bolsa resecada fué de 16 kilogramos y fracción, sin contar las hidátides que se perdieron. La capacidad volumétrica del resto de bolsa que se marsupializó sería de un litro y medio.

Después de operada, el aspecto del vientre de esta enferma era el de un pez eventrado, por la prominencia un tanto aplanada que á ambos lados hacían los quistes que ocupaban la región epigástrica, probablemente desarrollados en el hígado y quizás en el bazo también. El curso postoperatorio fué bueno en los primeros quince días; las temperaturas vespertinas eran de unas décimas á un grado; expulsó bastantes hidátides vivas y pequeñas al décimo día y en los sucesivos; al vigésimo se presentó diarrea serosa, abundante y fétida; las temperaturas oscilaban por la mañana entre 37,5 y 38°, y por la tarde entre 38 y 39°; y á pesar de todos nuestros cuidados para dominar la infección séptica generalizada, la diarrea persistió, se le inflamaron las parótidas, se emació rápidamente y terminó su vida el día 3 de Diciembre de 1905.

## II

Babil Yagüe, de treinta y un años, casado, labrador, avecindado en Calatayud. De temperamento sanguíneo y de buena y atlética constitución, nos refiere que hace dos meses escasos había apreciado en el bajo vientre, al nivel de las ingles y por encima de la sínfisis pubiana, la existencia de pequeñas tumoraciones, duras, muy movibles, que se comprendían bien entre los dedos que tactaban, sin que á esto acompañase ningún trastorno funcional del aparato digestivo, pues conservaba el apetito excelente y las digestiones eran perfectas, ni tampoco molestia hepática; en cambio sí la sentía en las regiones umbilical é hipogástrica; había perdido siete kilogramos de peso en dos meses, y finalmente se había vuelto taciturno y triste. Por más preguntas que le hice, no pude obtener más datos que los consignados, que, dicho sea de paso, bien pocos eran. Después de operado me ha manifestado la familia que en dos ocasiones diferentes, y al terminar de comer, este enfermo había sufrido un desvanecimiento, de seis á ocho horas de duración, permaneciendo inmóvil y sin poder hablar.

*Resultado de la exploración manual del vientre.*—Por la palpa-

ción superficial y profunda se apreciaba la existencia de varios tumores intra-abdominales, de volumen diferente, de consistencia elástica, gran movilidad, unos superficiales y otros profundos, unidos todos entre sí, formando una gran masa tumorosa que ocupaba casi toda la mitad anterior de la gran cavidad del vientre (de arriba á abajo, desde la región epigástrica hasta la arcada pubiana, y de un plano lateral, del abdomen al opuesto), sin que por eso se notase abultamiento *sospechoso* del mismo; únicamente cuando se ponía de pie se proyectaban algo hacia adelante las regiones umbilical é hipogástrica. La percusión revelaba una zona de macidez central alrededor del ombligo y circular, circundada por una corona timpánica.

Por sólo estos signos físicos formulé el diagnóstico de quistes hidatídicos abdominales, pero casi todos ellos desarrollados en el omento, y todos secundarios de alguno del mesenterio ó del hígado (1).

Aconsejé al enfermo la intervención quirúrgica, y aceptado mi consejo por aquél y su familia, la realicé el día 21 de Julio de 1901 en la forma siguiente:

*a*) Incisión media desde la sínfisis hasta cinco centímetros por encima del ombligo.

*b*) Extirpación transversal del gran epiplon con todos los tumores quísticos que contenía, sin romperse más que el mayor de ellos, colocando suturas en hilera, á unos dos traveses de dedo por debajo del colon transverso.

*c*) Vaciamiento del contenido del quiste hidatídico madre, que radicaba en el lóbulo derecho del hígado; tipo de crecimiento descendente.

*d*) Enucleación de tres pequeños quistes subperitoneales, que descansaban sobre el fondo de la vejiga. Sutura inmediata, con seda fina, de la abertura peritoneal.

*e*) Sutura en dos planos de la incisión abdominal, marsupializando en la comisura superior la bolsa hidatídica del quiste hepático, que después de resecada en gran parte se quedó reducida á una ampolla de siete centímetros de profundidad.

*Observaciones.*—1.ª Durante la operación se consumieron 210 gramos de cloroformo Adrián. 2.ª La operación duró dos horas. 3.ª A unos seis centímetros, y á la derecha de la comisura superior de la herida, existe un pequeño quiste peritoneal sesil, que dejé para otra intervención su tratamiento, para no prolongar más el

(1) Un médico—que había examinado al enfermo antes que yo—diagnosticó su padecimiento de lipomas subcutáneos.

A este enfermo le operé en su casa, en Calatayud, ayudándome inteligentemente mis colegas y amigos D. Adolfo Navarro y D. Mariano Gasca.

acto operatorio. 4.ª Lo extirpado y extraido (epiplon, hidátides, bolsa, líquido, etc.) pesó siete y medio kilos.

La primera cura la hice el día 27; el saco había dado muy escasa secreción; la herida, cicatrizada y aséptica. Dos meses después el enfermo estaba curado.

Todos los años lo veo, y el quiste peritoneal ha crecido poco; ninguna molestia le produce ni trastorno funcional del tubo digestivo; se encuentra bien nutrido y grueso.

III

Luisa Martín, natural de Arévalo (Avila), treinta años, soltera, sirviente, con residencia en esta corte desde hace nueve años.

No hay antecedentes hereditarios; su padre murió atropellado por un tren; su madre, de fiebre tifoidea; y una sola hermana que tiene goza de salud excelente. De los propios de la enferma, nos manifiesta que ha tenido en la niñez sarampión; regló por primera vez á los doce años, normalmente, habiendo seguido las menstruaciones sucesivas siendo regulares, aun estando enferma en épocas posteriores; á los diez y ocho años tuvo calenturas gástricas, que la hicieron guardar cama por espacio de diez y ocho días, y que dejaron tras de sí unos vómitos pertinaces que le hacían devolver cuanto tomaba y que le duraron un año. Siete años después, ó sea á los veinticinco, y á consecuencia del sobresalto sufrido con motivo de la desgracia de su padre, estuvo once meses con molestias en el estómago, caracterizadas por tensión epigástrica, que la obligaban á desabrochar ó aflojar sus vestidos; al cabo de los once meses tuvo un vómito de sangre, llenando una jofaina, sangre negra y con bastantes cuajarones, y cuatro meses después otra fiebre gástrica que la obligó á guardar cama siete días. A partir de esta fecha, gozó de relativa salud hasta el mes de Julio de 1903, en que comenzó la enfermedad actual del siguiente modo: con un estado anémico acompañado de gran inapetencia y de edema en las extremidades inferiores, que subía hasta un poco más arriba de la cintura, se presentó fiebre, que le duró ocho ó diez días. Desapareció la hinchazón de las piernas, pero le quedó la del vientre y región del estómago. Así ha venido sufriendo hasta que el abdomen ha crecido de tal modo que acepta la enferma la intervención propuesta por mí en 1904 (Mayo), y que fué rechazada entonces.

Hay que consignar que en la evolución de esta enfermedad, aparte del abultamiento del vientre, no ha tenido dolores, ni vómitos, ni diarrea. Comía con regular apetito, y sólo de vez en cuando calentura que duraba un día ó dos, y que desaparecía para volver á presentarse al cabo de dos ó tres meses.

Ingresó en el Instituto Rubio el día 14 de Enero de 1905, y presentaba el siguiente «estado actual»: La enferma se encuentra bastante desnutrida; la parte inferior de la jaula torácica, proyectada hacia adelante por exigencias de la estática, dado el exagerado volumen de su vientre; el número de excursiones respiratorias y de latidos cardíacos, poco mayor que la cifra normal, lo que prueba la ligera compresión que sufren las vísceras torácicas, sin que exista dislocación de éstas; la temperatura es normal.

El examen del abdomen demuestra que éste se halla abultado asimétricamente en las regiones epigástrica, umbilical é hipogástrica, hipocondrios elevados, el derecho más que el izquierdo, haciendo que el diámetro transversal del vientre á esta altura fuese mayor que en las dos zonas inferiores; el área de macidez hepática, aumentada al doble ó un poco más, correspondiendo este signo físico al aumento de volumen del hígado, que á su vez elevaba el cartílago costal derecho, abombando los espacios intercostales; en los planos anterior, lateral y posterior de esta región se apreciaba el característico estremecimiento hidatídico. Los mismos signos físicos se recogieron en el lado opuesto de la región epigástrica, sin que nada pudiera asegurarse sobre si los quistes que existían tenían su asiento en el bazo, cavidad posterior de los epiplones ó en los pequeños epiplones. En el mesogastrio é hipogastrio se comprendía entre las manos buen número de tumores esferoidales, de pequeño volumen, elásticos, bien separados, muy movibles y como si todos estuviesen enclavados en un mismo órgano. Por el tacto vagino-abdominal comprobamos la ausencia de tumores en el aparato genital y en la pelvis.

El juicio *diagnóstico* que formé en vista de los datos recogidos por el examen del vientre fué el siguiente: quiste hidatídico del hígado, que *con* ó *sin rotura* había sembrado de hidátides los órganos vecinos; quistes hidatídicos múltiples en el gran epiplon. Algunos profesores del Instituto no aceptaron el anterior diagnóstico, y, con reservas, suscribieron el de «peritonitis tuberculosa de forma ascítica».

El 20 de Enero de 1905 la operé, extrayendo del vientre 11 quistes hidatídicos, todos independientes, los más pequeños como naranjas mandarinas, y los mayores como esferas de unos 10 centímetros de diámetro.

Las once bolsas de equinococos se habían desarrollado en el epiplon mayor, de las cuales, nueve eran pediculadas á expensas de los dentellones de aquel delantal seroso, situadas en su límite inferior y borde izquierdo; se extirparon por escisión con tijeras, previa ligadura con seda de sus pedículos correspondientes; la décima, enclavada á la derecha y por debajo del colon transverso, hubo nece-

sidad de enuclearla con los dedos envueltos en una gasa, ligar los vasos que sangraban y suturar á punto por encima la abertura practicada en la hoja omental anterior; la undécima, que era la más grande, fué enucleada de idéntica manera que la anterior, y también restaurado el ojal hecho en el ligamento gastro-cólico, que era donde estaba alojada, entre la parte más externa y derecha de la gran curvadura del estómago y el colon transverso. La enucleación de las dos bolsas últimas no ofreció ninguna dificultad, por lo tenue que era la serosa que las revestía en su cara anterior.

Conceptuando muy suficiente lo hecho—dada la debilidad de la enferma,—reconocí aprisa la cavidad abdominal, y cerré la extensa herida media que había practicado en el abdomen con dos planos de sutura.

La enferma soportó bien la operación, en la que invertí una hora.

Lon once quistes extirpados no contenían vesículas hijas, y pesaron 2.635 gramos.

Los exámenes visual y manual practicados antes de cerrar el vientre revelaron lo siguiente: *a*) que existía una bolsa hidatídica de unos 600 á 700 c. c. de capacidad volumétrica, alojada en la cavidad posterior de los epiplones, que en su crecimiento había desdoblado las hojas del *ligamento gastro-esplénico*, situándose entre la tuberosidad mayor de la gran curvadura del estómago y el bazo, elevando estas dos vísceras y separándolas en sentido opuesto. Debí haber vaciado este quiste por punción, y, en caso de contener vesículas hijas, abrirlo con bisturí, desocupar su contenido y cerrar la herida, por ser imposible su marsupialización, dada la profundidad de su situación. El temor á una nueva siembra de equinococos en la cavidad detuvo mi bisturí (véase más adelante las consecuencias de mi falta de decisión); *b*) el pequeño epiplon, en la porción correspondiente al ligamento gastro-hepático (ó sea, en su *pars flaccida*, y que se extiende del hilio del hígado á la pequeña curvadura y al borde derecho de la porción abdominal del esófago), desdobladas sus hojas por contener otra bolsa hidatídica del tamaño del puño. Situado el estómago entre este quiste, el anterior, y cubierto por el hígado, que por las lobulaciones que en él se apreciaban por el tacto debía contener bastantes bolsas equinocócicas, era imposible pudiese funcionar bien, por estar como aprisionado; sus movimientos de torsión, de expansión y contracción debían forzosamente estar dificultados, explicándonos muchos de los trastornos funcionales que ha sufrido esta paciente en el desarrollo de su enfermedad y en el curso postoperatorio de las dos operaciones á que se le ha sometido; *c*) en el reconocimiento minucioso del gran epiplon, mesos, intestinos y pelvis no se vió ni tocó ninguna bolsa hidatídica.

Muy atentos y vigilantes tuvimos que estar los días siguientes á la operación. El primer día los vómitos abundantes y repetidos la deprimieron hasta el punto de tener que usar la disolución normal de cloruro sódico en inyecciones masivas cada seis horas, hasta conseguir restaurar el equilibrio circulatorio, que se alteró profundamente. Los días siguientes no hubo más remedio que administrarle los opiados y algunas inyecciones hipodérmicas de morfina, por el dolor constante que, con exacerbaciones y remisiones, sentía en todo el vientre (aunque siempre más extenso en la región epigástrica), dependiente, á mi juicio, del volumen y disposición de los quistes que ocupaban el hueco epigástrico, y de algo de paresia intestinal por la operación cruenta practicada en el gran epiplon. Costó bastante restablecer el curso intestinal; pero al fin se logró con el empleo de los purgantes é irrigaciones intestinales altas. Con la dieta láctea absoluta, aguas alcalinas y los calomelanos vencimos de los trastornos funcionales hepáticos que se presentaron.

El 22 de Febrero, día en que iba á marcharse del Instituto, á consecuencia de una impresión moral fuerte recibida la tarde anterior (ver morir á una enferma de la sala), fué acometida repentinamente de dolores cólicos de tal intensidad, y vómitos, que se colapsó. Reanimada con inyecciones de cafeína y suero artificial, se le administró un purgante. Los días siguientes tuvo fiebre, diarrea, una hemorragia intestinal en regular cantidad y epistaxis. Aliviada de esta indisposición, abandonó el Instituto el día 1.° de Marzo, y cuatro días después entró en franca convalecencia, limpia de fiebre y funcionando con normalidad el tubo digestivo.

Se le recomendó un régimen tónico y vigorizante, con el doble objeto de reparar las pérdidas sufridas y ponerse en condiciones de poder ser operada de nuevo.

Transcurridos trece meses, durante los cuales nada digno de mención le ocurrió, encontrándose en buenas condiciones de nutrición (mucho mejores que antes de operarla); y á ruegos de la enferma, se le volvió á dar ingreso en el Instituto el mes de Febrero del año actual.

Día 28 de Febrero de 1906.—Segunda intervención. Incindí la pared abdominal paralelamente y á dos traveses de dedo del cartílago costal derecho. Abrí en una extensión de seis á ocho centímetros una gruesa bolsa (10 á 15 milímetros), formada de parénquima hepático degenerado, de color rojo sucio, con manchas blanco-grisáceas, sin brillo, adherida al peritoneo parietal, y correspondiente á la cara convexa del lóbulo derecho del hígado, que estaba descendido; vacié su contenido, que era una magma espesa, como purulenta, con restos de membranas hidatídicas, y mezclada con bastante bilis y sangre; desigual y anfractuosa por demás era la superficie in-

terna de esta cavidad, que se dirigía arriba, á la izquierda y atrás, y tenía unos veinte centímetros de profundidad; limpié con gasas esterilizadas suavemente este antro, porque sangraba al más pequeño contacto, y lo rellené temporalmente con gasas.

Como aún permanecía—después de lo hecho—bastante abultado el lóbulo derecho del hígado en su parte externa, prolongué el corte en la misma dirección hacia el plano lateral, y partiendo del tercio externo de este corte tracé una incisión vertical é inferior; las dos incisiones formaban una T. Esta ancha abertura me permitía explorar el hígado y maniobrar con alguna más libertad. Con efecto, á unos tres centímetros del quiste abierto, y en un plano más inferior, había otro pequeño quiste, que se incindió, y cuyo contenido era parecido al de aquél, aunque no tenía bilis y su cubierta periquística era gruesa y degenerada. En la cara cóncava del mismo lóbulo, en su porción posterior y lateral derecha, hacía relieve otro quiste un tanto voluminoso; no lo toqué, porque creí que el sitio de elección para atacarlo era la incisión lumbar, por ser la región donde más prominencia hacía.

Los dos quistes operados los uní por el medio con sutura entrecortada de catgut grueso, formando un septum y marsupializándolos á la herida transversal; la vesícula biliar quedaba debajo del septum, entre las dos bolsas; suturé la incisión vertical.

Los fenómenos observados los días siguientes fueron: dolores intensísimos en el hombro derecho y epigastrio; fiebre escasa; al décimo día de operada, rotura de otra bolsa equinocócica con expulsión de hidátides muertas por la boca del quiste izquierdo, y continuó expulsando los días siguientes; en contraposición á lo observado en la mitad derecha de la jaula torácica (desaparición de su abultamiento y de la proyección hacia fuera, casi llegaba á su límite normal por arriba la insonoridad hepática, etc.), la eminencia epigástrica izquierda aplanada se centralizó adoptando la forma globular y visiblemente prominente, y de esta zona, en la que se notaba fluctuación clara y sonoridad á la percusión, partía é irradiaba á toda la región la viva y deprimente neuralgia que de continuo atormentaba á esta desgraciada criatura, que le hacía desear la muerte, y contra la que era impotente la medicación calmante. Este dolor, atenuado á ratos, fué la causa principal de la desnutrición rápida de la enferma, agitada de continuo y durmiendo poco. El dolor del hombro cesó con la rotura de la bolsa hidatídica, de la que se hace mención más arriba.

Sin embargo de todo esto, la marcha del proceso de reparación de los quistes operados era buena, y puede decirse que había terminado á los cuarenta y cinco días de operada, pues sólo quedaba por cicatrizar la herida de la pared.

El día 12 de Abril fué trasladada á su casa, á petición suya.

Cuando marchó del Instituto, ya presentaba el abultamiento epigástrico los caracteres de un flemón subcutáneo, hasta con la mancha rosácea en la piel. No había que pensar en proponerle ni la dilatación, por lo castigada que estaba y porque á duras penas se dejaba curar.

Este proceso inflamatorio se desarrolló con poca reacción general.

Siete días después se abrió espontáneamente un pequeñísimo orificio, por el que se escapó abundante líquido muy fluido y ligeramente puriforme. Al día siguiente dilatamos el orificio superficialmente, y por los restos alimenticios que vimos en el vendaje, y porque cualquier líquido que ingiriese por la boca inmediatamente salía por el orificio de la piel, nos cercioramos de que existía una perforación del estómago en comunicación con el exterior. La perforación correspondía á la tuberosidad mayor del estómago, y tal vez no hubiese sobrevenido esto si opero el quiste de la cavidad posterior de los epiplones.

La desnutrición hizo prògresos, y, después de tantos sufrimientos, se murió el 28 del mismo mes.

## IV

Dominga Grande González, natural del Tomelloso (Ciudad Real), de treinta y nueve años, casada, multípara y de buena constitución.

Ni en sus antecedentes hereditarios ni en los propios hay nada que se relacione con la enfermedad que padece actualmente.

Con referencia á ésta nos dice que en Noviembre de 1905, y durante unos ocho días, por las tardes le daban ligeros accesos de calentura con escalofrío inicial y sudor al terminar; al mismo tiempo sentía alguna molestia dolorosa en el hipocondrio derecho. El médico que la asistió hubo de llamarle la atención de la existencia de un tumor en el sitio que ella notaba el dolor. No dió importancia á la cosa; pero viendo que se desnutría algo, que cuando daba un traspié ó pisaba un poco más fuerte con el pie derecho repercutía dolorosamente en su vientre, en el sitio ya mencionado, que éste ya era notable su abultamiento, consultó de nuevo en Marzo de este año con el mismo médico que le asistió en Noviembre último, y este compañero insistió en su anterior diagnóstico y en la conveniencia de que viniese á Madrid á operarse.

Fué reconocida en el Consultorio de Ginecología del Instituto el día 8 de Mayo, y se le dió ingreso el día 10 en la Clínica.

Invitado por los alumnos del Instituto agregados á la Sección de

Ginecología, que habían estudiado el caso, á que examinase esta enferma y les comunicase mi diagnóstico, accedí gustoso á lo solicitado, explorándola en su presencia. Los signos físicos recogidos fueron los siguientes: se observaba un abultamiento á la derecha de la línea alba, en continuación con el hígado, elevando el hipocondrio derecho y perdiéndose en la región umbilical. Por la palpación se comprobaba que esta tumoración era una colección líquida enquistada, de consistencia elástica, superficie lisa, figura de esferoide achatado, cuyo eje mayor era el vertical, su volumen equivalente al de la cabeza de un feto á término y, al parecer, la superficie anterior del quiste íntimamente adherida al peritoneo parietal. No se tocaba su segmento inferior practicando el tacto vagino-abdominal; la insonoridad hepática por arriba tenía su límite normal, y el cartílago costal correspondiente nada elevado hacia afuera.

Con estos datos á la vista y los anamnésicos, llamé la atención de mis colegas de que no estaba conforme con su juicio diagnóstico, que era el de peritonitis tuberculosa de forma ascítica; que, en mi sentir, esta enferma tenía un quiste hidatídico en el lóbulo derecho del hígado, desenvuelto hacia abajo, en la cavidad abdominal, y tal vez adherido en gran extensión al peritoneo parietal, lo que facilitaría mucho la intervención. A algunos logré convencer; otros continuaron creyendo se trataba de un proceso tuberculoso peritoneal.

El día 23 de Mayo, por incisión vertical paralela á la línea alba, y á unos ocho centímetros de distancia de ésta—por ser á esta altura donde más prominencia hacía la tumoración,—evacué las hidátides muertas que contenía un quiste hidatídico peritoneal, aislado y sin comunicación ninguna con otro quiste dos ó tres veces más voluminoso del lóbulo grande y derecho del hígado. La operación resultó sencilla y extraperitoneal, puesto que la mitad anterior de la bolsa quística estaba formada por la aponeurosis profunda de la pared abdominal, engrosada, y su mitad posterior por el peritoneo, asimismo engrosado. Marsupialicé y drené la cavidad con gasa esterilizada.

Salió del Instituto el día 2 de Agosto con la herida cicatrizada, quedando en volver en Octubre para ser de nuevo operada del quiste hepático.

*(Continuará.)*

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## ALGO SOBRE TRASPLANTACIONES Ó INJERTOS TENDINOSOS

POR A. MARTÍNEZ ÁNGEL

Voy á decir cómo he curado algunos pies varo-equinos de esos que por antonomasia llaman paralíticos muchos de los que en estos asuntos de deformidades suelen ocuparse. Entendiendo por curar dicha deformidad el que, una vez acabado el tratamiento, los enfermos ó, mejor dicho, los deformes tengan su pie en buena posición con relación á la pierna y entre sí las unas partes y las otras del mismo, sobre todo la porción tarsiana posterior con relación á la anterior; que conserven cierta movilidad en las junturas, y que les sirva para la marcha, sin necesidad de tutores ni otra clase de aparatos ortopédicos más ó menos complicados, costosos y molestos.

Esta especie, género ú orden, pues en asuntos de rigor taxonómico andamos mal la Medicina y los médicos, de pie equino-varo, casi siempre, por no decir siempre, es adquirido, y lo es ó por poliomielitis anterior ó de origen cerebral.

El tratamiento—acerca del que voy á disertar con la mayor brevedad y concisión que me sea posible—es operatorio, cruento, y consiste en una trasplantación tendinosa, cosa nada nueva ni original en sí, como ve el lector por este enunciado; y si varía en algo de lo que otros autores dicen y otros cirujanos practican, es en algunos detalles del *modus faciendi*.

Las indicaciones generales que yo sigo para emplear dicha trasplantación ó no emplearla, y optar por otros procedimientos, son las siguientes:

1.ª Que haya músculos en la vecindad de los paralizados con contractilidad suficiente para tomar de ellos la fuerza que éstos necesitan.

2.ª Que los huesos no estén deformados todavía, sino simplemente desplazados ó desacomodados de su posición anatómica.

3.ª Que haya una cierta movilidad pasiva, aunque no sea grande ni extraordinariamente fácil, la cual permita iniciar siquiera la reducción en posición normal del pie deformado.

4.ª Que no haya lesiones tróficas de la piel ni en el pie ni en la pierna.

5.ª Que el paciente pida y retenga voluntariamente la orina y el excremento.

La primera indicación la da muy cumplida el reconocimiento eléctrico. Con tal que no ofrezca signos de degeneración, cualquier músculo es injertable con alguna esperanza de buen resultado, contando, como es natural, con el tratamiento post-operatorio conveniente.

Para la segunda suele bastar con el reconocimiento manual de la parte, y, en caso de duda, se complementa con el reconocimiento radioscópico ó radiográfico.

La tercera va implícita en la segunda.

La cuarta es de mucha importancia, tratándose como se trata de una operación cruenta en la que el ideal es una cicatrización rápida y por primera intención. No debe intervenirse en ningún caso que ofrezca úlceras atónicas ni otra clase de lesiones de la piel mientras aquéllas no estén firme y sólidamente cicatrizadas, y éstas curadas y sin tendencia á la reproducción.

Como estas lesiones suelen ser hijas de dos concausas, por lo menos: la una, el trofismo defectuoso de la parte, característico de las enfermedades del sistema nervioso, sobre todo de las poliomielitis anteriores; la otra, el uso de aparatos que para realizar su efecto corrector tienen que tomar puntos de apoyo muy firmes, y no siempre, á pesar de la pericia del mecánico-ortopédico, lo bastante extensos que debieran ser para evitar las referidas lesiones, yo recomiendo que durante una larga temporada antes de la intervención prescinda el enfermo de toda clase de aparatos, guarde quietud, trate las lesiones tróficas, si las hubiere, por una antisepsia rigurosa, y estimule la circulación de la parte por medio de un masaje nutritivo intenso y bien hecho.

La quinta y última indicación tiene también gran importancia práctica, á pesar de su aparente nimiedad, tratándose, como se trata en la mayoría de los casos, de niños pequeños, y siendo necesario mantener un aparato inamovible de escayola, perfectamente aséptico, durante largo tiempo después de la operación. Es, pues, muy conveniente, por no decir preciso, que antes de decidir la intervención quirúrgica, los padres ó encargados enseñen al presunto operado á pedir sus necesidades mayores y menores y á esperar á que los remedien en ellas con el recipiente indicado para tales usos.

Cuando hay cierta retracción en los músculos antagonistas de los paralizados ó parésicos, así como en las partes circundantes (ligamentos y aponeurosis plantares en especial), cosa muy frecuente sobre todo en los pies varo-equinos de origen cerebral, deben preceder al acto quirúrgico varias sesiones, lo menos quince ó veinte, de masoterapia, con objeto de flexibilizar y hacer que presten ó den de sí dichas partes retraídas, lo cual importa muy mucho para la buena colocación del pie una vez practicada la operación, y para favo-

recer, poniendo en circunstancias de mínima resistencia posible, el futuro juego de los músculos injertados.

Inútil me parece decir que la asepsia debe ser rigurosísima. El 90 por 100 del buen resultado de las trasplantaciones tendinosas depende de las precauciones asépticas que se tomen en la operación. Claro está que no en lo que se refiere al resultado funcional y estático de la parte, pues éstos dependen en un todo del vigor de los músculos elegidos para la suplencia ó avivamiento de los paralizados ó parésicos.

Es tanto más necesario recomendar el rigor y la pulcritud en la asepsia, cuanto que por lo regular se opera en tejidos de poca vitalidad, como influídos que son por una acción neurotrófica y vasomotora insuficientes y, por ende, terreno propicio para el desarrollo y procreación de cualesquiera de los gérmenes patógenos que se pongan en su contacto.

La isquemia de la región es indispensable en esta clase de operaciones, como lo es en todas aquellas en las que se hace preciso distinguir muy bien las partes anatómicas por donde se camina, y ver por su aspecto y coloración el grado de fisiologismo de las mismas. Pues la coloración más ó menos blanco-azulada, el aspecto nacarado y el brillo sedoso son signos de tendones sanos; así como el color amarillento y la matidez, unidos á una cierta falta de consistencia semigelatinosa, lo son de tendones enfermos ó pertenecientes á músculos de poco vigor contráctil.

En general, yo soy partidario del uso del tubo de Esmarch para toda clase de operaciones, siempre y cuando, como es natural, la región lo permita. La única objeción seria que se le ha puesto ha sido la de las hemorragias post-operatorias que producía, debidas á la paresia vaso-motora ó estupor circulatorio de la parte, pues yo no encuentro fundamento á aquellos otros reparos más bien inspirados por el afán de demostrar una destreza y rapidez en el acto quirúrgico pocas veces necesarias, y que las más de ellas no obedecen sino á un pedante y malsano malabarismo quirúrgico.

La hemorragia post-operatoria tardía y en sábana, que con razón se imputa á la constricción de Esmarch, evítase de un modo sencillo, sin necesidad de privarse de tan poderoso auxiliar en el acto quirúrgico, haciendo un masaje con flagelación, muy activo, inmediatamente después de terminada la operación, una vez quitado el tubo compresor y antes de poner la sutura cutánea. De esta manera se destupefacen los vasos y no hay hemorragias tardías.

Bien desinfectados el pie y la pierna, y colocado el tubo de Esmarch por encima de la rodilla, practico una incisión desde media pierna y á lo largo de la parte posterior de ésta, en la unión de su tercio externo con el medio; incisión que contornea por abajo el ma-

léolo externo, y viene á morir en el dorso del pie á dos centímetros del arranque de los dedos.

Mediante esta incisión descubro primero el tendón de Aquiles, el cual divido transversalmente á raíz de su inserción en la tuberosidad del calcáneo. Corto luego longitudinalmente dicho tendón á todo lo largo, desde su arranque de la masa músculo-carnosa.

Uno de los extremos lo paso por un ojal practicado en el tendón del peroneo lateral corto (músculo eminentemente abductor) y lo suturo consigo, después de revertido, á la manera que lo hace Codivilla en estos últimos tiempos. Para más seguridad, yo no me contento con esto, sino que suturo los bordes del ojal con los del segmento del tendón de Aquiles pasado por él.

Lo mismo hago con el otro segmento de tendón de Aquiles respecto al peroneo anterior (músculo elevador y abductor simultáneamente del pie).

En un caso me encontré con que faltaba este músculo, lo cual, si bien me contrarió, no me causó sorpresa, constándome que falta en un 10 por 1.000 de los individuos de la especie humana el peroneo anterior. Y en este atolladero, discurrí, sin que de ello esté arrepentido, el suturarlo, de la misma manera que hice con el otro cabo respecto al peroneo lateral corto, al tendón del extensor común de los dedos, cuidando de hacerlo muy arriba, tanto para que no formara puente tenso en el dorso del pie una vez cicatrizada la herida tendinosa y en función nueva el músculo, cuanto para dejar espacio suficiente para la operación complementaria y último tiempo del acto quirúrgico, cual es el acortamiento del referido tendón del extensor común de los dedos.

Yo no empleo para las suturas y acortamiento de téndones otra cosa que el catgut, que es substancia reabsorbible, pues la seda tiende á eliminarse, si no inmediatamente, en el curso del tiempo, formando pequeños flemones más ó menos asépticos, digan lo que quieran los partidarios del empleo de esta materia, irreflexivamente temerosos de que no unan las heridas tendinosas por una reabsorción demasiado pronta.

Impidiendo el juego de los músculos suturados mediante un vendaje escayolado que los fije bien en relajación, manteniendo éste durante todo el tiempo que necesiten para tomar consistencia los exudados plásticos, y cuidando mucho de que no supure la herida, la adhesión es cierta y segura.

En otro artículo diré de qué medios me valgo en la prolongación tendinosa para no usar la seda.

Practicada así la operación, quito el tubo de Esmarch, activo la circulación por medio del amasamiento, ligo las arteriolas de alguna importancia (pues de arterias no hay que hablar en esta operación),

si las hubiere, cosa que en la mayoría de los casos no es preciso hacer. Y una vez contenida la homorragia capilar, uno los bordes de la herida cutáneo-aponeurótica con agrafes, coloco el apósito conveniente y pongo un vendaje escayolado en posición de pie *talus valgus*.

Si no hay fenómenos de sepsia, este vendaje se debe mantener once días, y al cabo de este tiempo se corta, se quitan los agrafes y se coloca otro en igual posición de deformidad contraria á la que se pretende corregir.

Hasta pasado mes y medio ó dos meses no quito el vendaje de escayola, y durante este tiempo, pasados, por supuesto, veinte días de la operación, hago marchar al enfermo con su vendaje; medio indiscutiblemente el mejor para desadaptar tanto la parte como al individuo en totalidad de la posición y marcha viciosas primitivas.

Transcurrido el plazo antes referido, entra el período que pudiera llamarse funcional del tratamiento.

Consiste éste en movimientos pasivos sin gravitación, movimientos activos en iguales condiciones, movimientos pasivos y activos con gravitación, masaje y electrización de los músculos, tanto injertados como injertadores, y, por último, un largo y bien dirigido tratamiento de reeducación de actitudes y movimientos.

Por lo general, á los seis ú ochos meses se ve realizado el fin terapéutico.

No voy á entrar en disquisiciones anatomo-fisiológicas acerca del pie varo-equino llamado paralítico; no es éste un trabajo teorizante ni de experimentación: es simplemente una nota clínica y de resultados operatorios; ni hay para qué rebuscar argumentos y razones para demostrar que debió suceder lo sucedido, tanto más cuando esto es satisfactorio. Las razones huelgan cuando hay hechos, y añadir las primeras á los segundos es pintar huevos de blanco.

No quiero dar por concluso este mal perjeñado relato sin llamar la atención del lector acerca de lo dicho en su comienzo, y es que la operación descrita *sólo es aplicable á algunos pies varo-equinos de los que se llaman paralíticos;* no á todos los de su clase, y mucho menos á la deformidad en absoluto y sin distinciones de origen, grado y antigüedad. Los procedimientos, en este como en todos los problemas de terapéutica, tienen en su esencia y en sus detalles un carácter de variabilidad y circunstancialidad reconocido hoy por los clínicos de todas las partes del mundo y de todas las escuelas, y el que rechaza unos y ensalza otros sistemáticamente, demuestra que es un médico sin enfermos, ahito de lecturas mal digeridas y sin otro criterio científico que el último figurín.

# LA PUBIOTOMÍA SUBCUTÁNEA

POR EL DR. CARMELO GIL
Del Instituto Rubio.

Así como, hasta hace poco tiempo, la mayoría de los tocólogos, siempre que se presentaba indicación de dilatar momentáneamente los diámetros en una pelvis estrecha, pensaban solamente en la sinfisiotomía, hoy existe una corriente de opinión, por lo menos en las clínicas alemanas, hacia otro método que, según parece, hace la competencia con grandes ventajas á la operación ideada por Sigault. Esta nueva operación es la pubiotomía ó *hebotomía*. La sencillez de su técnica, la mayor facilidad que hay con ella de evitar lesiones de las partes blandas, y, por ende, hemorragias graves y peligros de infección, el que el tratamiento post-operatorio no es nada complicado, la convalecencia corta y raros los trastornos en el aparato locomotor, son todas circunstancias que explican la rapidez con que se ha extendido por estas clínicas, sobre todo desde la modificación introducida por Döderlein.

Puede tener un valor histórico el que Petrus Camper en 1796 la ensayara en animales y en el cadáver; el que Stolz, en Strasburgo (*) y en el año 1838 concibiera la idea de la pubiotomía y la practicara en el anfiteatro; merece también citarse el caso de «triple pelviotomía» operada con mal éxito por Galbiati en 1832, y la «ischio-pubiotomie» de Farabeuf en 1892. Gigli es el primero que en el año 1893 la presenta como rival de la sinfisiotomía, ideando un instrumento adecuado para practicarla, y es el que ha trabajado más para dar á conocer sus ventajas.

No fué sin embargo él, sino Basilio Bonard, en Lúgano y en el año 1897, el primero que la practicó, y con feliz éxito, en el vivo. Después de éste la llevaron á cabo: en 1899, Calderini (Bolonia); en 1901, Van de Velde (Haarlen), y en 1902 fué cuando por primera vez tuvo el mismo Gigli ocasión de practicarla en el vivo. Döderlein ha sido quien, modificando su técnica y haciéndola subcutánea, la importó á las clínicas de su país (12).

Antes de describir la técnica operatoria, conviene recordar aquellos datos anatómicos que más interesa conocer al operador. Como guía para el estudio de esta región en el cadáver me he valido del trabajo de Tandlers (53), que es donde se encuentran la mayor parte de los datos que aquí apunto.

El cuerpo del pubis se extiende desde la articulación de la sínfisis, en el sentido transversal, hasta el agujero obturador. La an-

(*) Véase al final la Bibliografía.

chura del pubis es proporcional á la edad del individuo: pequeña en los sujetos jóvenes, mayor en los de más edad. Trazando desde el tubérculo del pubis una línea paralela á la sínfisis, nunca cruza el agujero obturador. El borde inferior del cuerpo del pubis, y especialmente el punto en donde se insertan las raíces del clítoris, es prominente hacia fuera. En los bordes superior é inferior, el periostio está fuertemente engrosado y se adhiere íntimamente al hueso, como ocurre en su cara anterior, siendo, en cambio, fácilmente separable en la posterior. En la cara anterior se encuentra la arteria obturatriz, y en la posterior ramas de la obturatriz y de la epigástrica inferior. Estos vasos se anastomosan formando una rica red vascular, en tal forma, que no hay peligro de que, seccionando el hueso, quede sin riego sanguíneo, cuestión formulada por Meyer (41). En el borde superior, casi en la cara anterior y por dentro del tubérculo púbico, se insertan los músculos rectos del abdomen y piramidales; debajo el adductor largo, y hacia fuera el adductor menor.

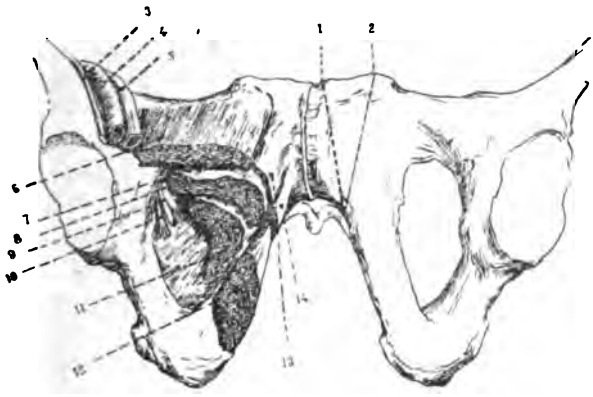



FIG. 1.ª—1. La línea de puntos indica la sección del hueso según el procedimiento de Gigli.—2. Sección del hueso según Van de Velde.—3. Nervio crural.—4. Arteria femoral. 5. Vena femoral.—6. Músculo pectíneo.—7. Adductor mediano ó superficial.—8. Vena obturatriz.—9. Arteria obturatriz.—10. Nervio obturador.—11. Adductor menor ó profundo.—12. Adductor largo ó mayor.—13. Recto interno.—14. Semimembranoso.

Encima del adductor largo toma inserción el músculo recto interno (fig. 1.ª); el transverso perineal profundo rebasa el límite de unión del pubis con el isquion, teniendo sus fibras una dirección transversal y estando atravesadas por la vagina y la uretra. En ambas ramas del pubis se insertan los cuerpos cavernosos del clítoris. En la cara interna el elevador del ano, variando la extensión de inserción según los individuos, y resultando de ello que en la pubiotomía se interesa este músculo más ó menos, según los casos. La cara posterior del pubis se relaciona con el plexo venoso coloca-

do entre ella y la vejiga, con ésta y con los ligamentos pubio-vesicales. La vejiga, en la última época del embarazo, se pone en más íntimo contacto con el pubis, mientras la uretra no adquiere una relación mediata con él. Los ligamentos pubio-vesicales medio y lateral fijan al pubis la vejiga y toman inserción en el borde inferior del cuerpo del pubis por una parte, y por otra en el arco tendíneo (fig. 2.ª). De esto resulta que al dividir en la operación el hueso pubis, los ligamentos dichos quedan con el trozo interno y mantienen la vejiga en su posición. El rico plexo venoso situado detrás del pubis va á unirse en cada lado con los plexos vesicales y más abajo con los vésico-vaginales y uterinos.

El espacio que al hacer la pubiotomía queda entre el hueso seccionado oscila entre 2 y 2,5 centímetros; pero si se separan con fuerza las piernas de la mujer, llega á ser de 3 centímetros; observándose entonces, si se toca el borde inferior del pubis, una gran resistencia: esta resistencia es debida á las inserciones de los músculos adductor largo y recto interno y al ligamento arcuatum.

Otra igual resistencia existe en el borde superior y en su parte posterior, siendo debidas: la primera, á las inserciones del músculo recto del abdomen; y la segunda, á las de los ligamentos pubio-vesicales.

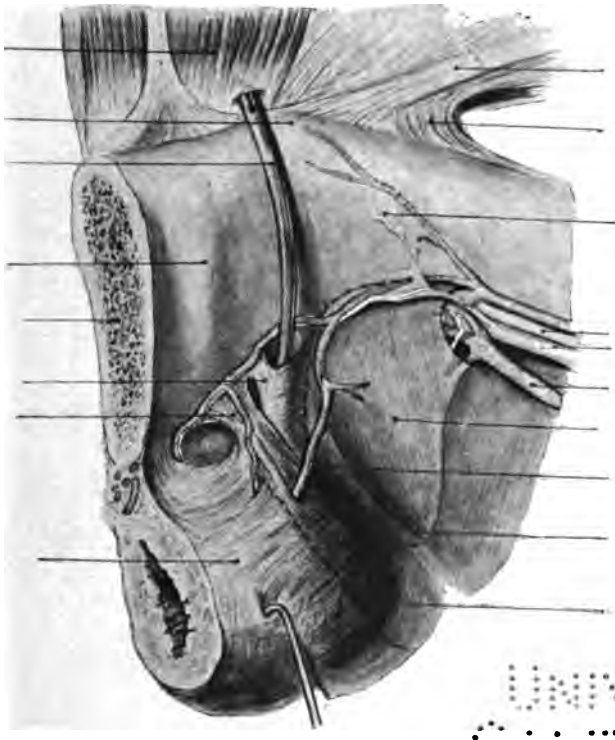
La misma piel y el tejido subcutáneo son obstáculos á la separación de los dos trozos del hueso seccionado, y se prueba viendo que basta incindir estas partes para que el espacio aumente alrededor de medio centímetro, y á veces más. Una mayor separación sólo se consigue cortando las inserciones musculares ó cuando por separar mucho los muslos de la mujer se desgarran los músculos total ó parcialmente.

Los experimentos de Sellheim enseñan que el aumento de los diámetros pelvianos después de la pubiotomía es igual al que se obtiene cuando se practica la sinfisiotomía, siempre que la separación de las secciones del hueso sea la misma; al mismo tiempo demuestran que es necesario el empleo de una fuerza tres veces mayor para conseguir esta separación cuando se ha llevado á cabo la pubiotomía subcutánea de Döderlein que cuando se practica la sinfisiotomía (*).

La técnica de la operación ha sufrido diferentes modificaciones, pero sólo deseo describir aquellos métodos que llevan en sí una variación importante.

Gigli practica una incisión de la piel que, comenzando en la parte media del borde superior de la sínfisis, se dirige hacia abajo y algo hacia fuera, hasta llegar al tubérculo subpúbico (fig. 1.ª). En-

(*) Sobre este punto pueden consultarse además los trabajos (52), (9) y (46).




UNIV. OF CALIFORNIA

**Dibujo tomado de una preparación en el cadáver, y que demuestra las relaciones de la aguja con la que practica Bumm la pubiotomía, en el momento que atraviesa la pared abdominal para aparecer al exterior.**

UNIV. OF
CALIFORNIA

tonces conduce una aguja grande de Deschamp por detrás del hueso pubis, introduciéndola por el ángulo superior de la incisión, y guiándola con dos dedos de la mano izquierda colocados en la vagina, la hace aparecer algo por fuera del tubérculo subpubiano. Conseguido esto, engancha la sierra de cadena en el extremo de la aguja, y retirando ésta queda colocada aquélla y en disposición de serrar el hueso en pocos instantes.

Van de Velde modificó algo la operación de Gigli. En su método, la incisión de la piel comienza en la espina del pubis, dirigiéndose hacia abajo y algo hacia dentro (fig. 1.ª), y termina en la piel del labio mayor y á la altura del vestíbulo de la vagina. La aguja es conducida por detrás del hueso, siguiendo una dirección contraria á la de Gigli, es decir, de abajo hacia arriba.

La experiencia enseña que en la sinfisiotomía el éxito depende de que la herida cicatrice por primera intención. Si esto ocurre, esta operación está desprovista de todo peligro; pero si, por el contrario, se infecta, corre inminente riesgo la vida de la operada, ó trastornos consiguientes en el aparato locomotor hacen de ella una inválida.

Gigli, que motivó la pubiotomía haciendo un juicio crítico tan severo sobre la sinfisiotomía, no aportó realmente en este punto una gran mejora con su operación, desde el momento que con su método el peligro de infección subsiste. Los dos célebres casos de Baumm lo demuestran, aun admitiendo, como lo hace Gigli, que son en parte resultados de una técnica defectuosa.

La cosa cambia desde que Döderlein demostró (12) que la sección del pubis puede llevarse á cabo en *gran parte* de un modo *subcutáneo*. Esta modificación era casi una nueva operación, cuyas dos grandes ventajas, técnica fácil y disminución del peligro de infección, saltaban á la vista y han servido para que el método se extienda rápidamente por las clínicas alemanas.

Döderlein abandona la incisión de las partes blandas en la forma que la practican Gigli y Van de Velde, y la reduce á una pequeña incisión transversal al nivel del tubérculo púbico. Por ella introduce el dedo índice (que puede recubrirse con un dedil de goma, si es que no se emplea guante, con lo que el peligro de infección sería menor), y separando los tejidos retropúbicos conduce su aguja entre el hueso y el dedo guía-protector.

La aguja sigue una dirección de arriba abajo, y la punta de la misma hace prominencia en el labio mayor, sobre el cual practica otra pequeña incisión para facilitar la salida de la punta del instrumento, que es roma.

Los casos operados por este método enseñan de nuevo que, en las operaciones que tienen como finalidad proporcionar un aumento momentáneo de los diámetros pelvianos, el peligro á infecciones

es proporcional á la extensión de la herida de las partes blandas.

Consecuente con esto, ideó Walcher (60) su método. Este autor transformó la en *gran parte pubiotomía subcutánea* de Döderlein en *subcutánea por completo.*

El haber tenido ocasión de verla practicar varias veces al profesor Bumm (de Berlín); el tener la impresión de que con esta operación quizá adquiera la obstetricia un nuevo y valioso auxilio; el que no se necesiten para practicarla medios de confort y asistencia *de clínica*, sino que está llamada por su sencillez á ser una operación que pueda ser practicable en la asistencia privada, y por esto aumenta más su interés, son los motivos por los que me decido á escribir este artículo.

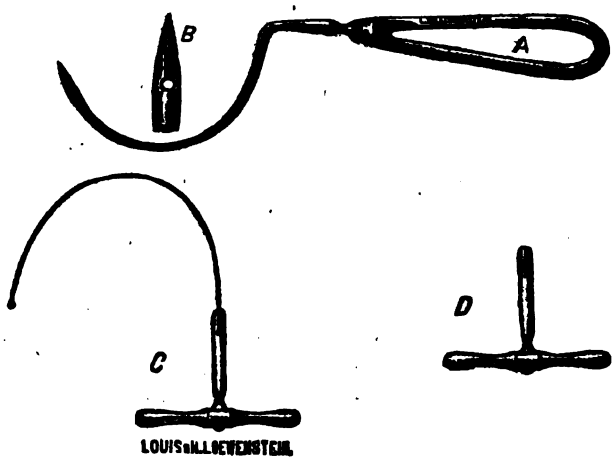



FIG. 3.ª—Tomada del artículo de Stoeckel, publicado en el *Zentralblatt für Gynäkologie.* Nr. 3. 1906.

En la técnica seguida por Bumm, lo mismo que en la seguida por Walcher, no se practicó incisión en las partes blandas. Se introduce la sierra de Gigli, ayudándose de una aguja construída exprofeso. En la figura 3.ª, A, está representada la empleada por Bumm (*). Se clava la aguja á unos dos traveses de dedo del clítoris, entre el labio mayor y menor, bordeando íntimamente la rama ascendente del pubis. El dedo índice de la mano que no opera señala este punto. Tan pronto como la extremidad de la aguja ha pasado por debajo de la rama del pubis, se introduce el dedo en la vagina para dirigir el instrumento por detrás del hueso y en dirección ascendente

(*) Estas agujas están construídas y pueden adquirirse en la casa Louis H. Loewenstein. Ziegelstrasse, 28, Berlín.

y siempre junto á su cara posterior. Se hace reaparecer la aguja por encima del pubis, un poco por dentro del tubérculo púbico, y entonces en una pequeña ranura que tiene en su extremo (fig. 3.ª, B) se monta la sierra de Gigli; hecho esto, se saca la aguja, que, al ser retirada hacia abajo, tira de la sierra y la deja colocada (fig. 4.ª). El tiempo que se tarda en serrar el hueso es de medio á un minuto. Conviene no arquear demasiado la sierra, para evitar romperla.

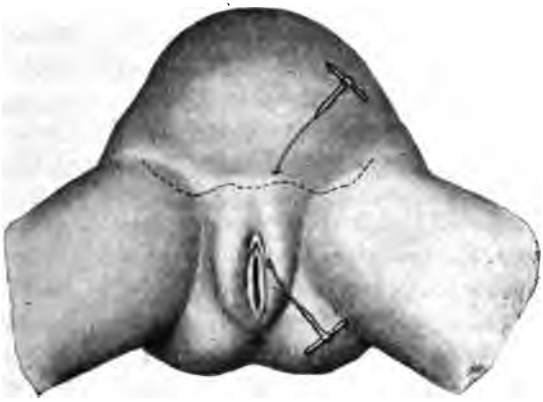


Fig. 4.ª

Algunas otras modificaciones en la técnica han sido introducidas por otros autores; sin entrar á detallar los métodos seguidos por ellos, sólo citaré la del anatómico Tandler (53), que, si bien interesante, parece por demás complicada y ha sido una sola vez practicada en el vivo por Fleischmann (16), y la de Henkel (26), de la clínica de Olshausen, que sigue una técnica parecida á la de Döderlein, con la diferencia que separa con un raspador el periostio de la cara posterior del pubis, introduciendo la aguja entre periostio y hueso. Con esto se quiere evitar la lesión de los ricos plexos venosos de esta región.

Sobre si la operación ha de practicarse en el lado derecho ó en el izquierdo, hay encontrados pareceres. Van de Velde y Tandler, aunque explicando de distinta manera el porqué, recomiendan operar en el lado izquierdo cuando la presentación es primera de vértice, y en el lado derecho cuando es segunda, contando con que el feto se extraiga con el forceps y no por versión.

Otros autores, Henkel, por ejemplo, hacen la pubiotomía, sea cual fuere la presentación de vértice, en el lado izquierdo, sin que hayan encontrado dificultades para la extracción del feto que dependan de no haber operado en el lado contrario.

Si la terminación del parto es preferible llevarla á cabo por medio del forceps ó de la versión, es asunto también discutible. Döderlein y Henkel opinan que siempre que sea posible debe preferirse la versión, y en los casos en que sea necesario el empleo del forceps recomienda el último de estos autores el modelo Tarnier, siendo indiferente dónde y cómo se encuentre la cabeza. Este mismo autor habla con mucha insistencia de las ventajas que ofrece el practicar la extracción del feto colocando la mujer en posición de Walcher.

El dejar que el parto termine espontáneamente después de la pubiotomía, siguiendo el consejo de Zweifel en la sinfisiotomía, ha sido ya seguido, y al parecer con buenos resultados (Krönigs, Menge, Bumm, Döderlein). Este último defiende mucho esta conducta espectante (12), y la recomienda siempre que no haya indicación de intervenir, creyendo que con este proceder existen menos peligros para el feto y la madre.

Una de las complicaciones que se presenta en esta operación es la hemorragia. Esta proviene de los cuerpos cavernosos del clítoris, y eventualmente del plexo venoso vesical, del bulbo del vestíbulo y de las venas del diafragma urogenital; en suma, tiene su origen en las partes blandas, y no procede nunca del tejido esponjoso del hueso seccionado, como algunos autores creen. Sweifel, en su artículo *Die subkutane Symphysiotomie* (52), dice que las hemorragias observadas por él en dos casos procedían seguramente de ramas de la arteria pudenda interna, y cree, además, que la lesión de los cuerpos cavernosos del clítoris no juega papel alguno en la formación de los hematomas que con frecuencia se observan, opinión contraria á la de la mayoría de los autores. Las hemorragias se cohiben con facilidad en la mayoría de los casos con sólo la compresión, y los hematomas se resuelven espontáneamente.

Otras de las complicaciones son lesiones de la vejiga; sirvan de ejemplo los casos de Reeb, Baumm, Kanneglesser. Es indudable que operando cuando la vejiga está llena hay más facilidades de herirla, del mismo modo que hay más seguridad de evitar esta complicación siguiendo el método de Henkel ó el de Döderlein.

La cabeza fetal, comprimiendo la vejiga contra los bordes cortantes del hueso serrado, puede originar lesiones de la misma.

Cuando la vagina es estrecha, como sucede en las primíparas, la extracción de la cabeza fetal con el forceps, ó el paso de la cabeza después de practicada la versión, produce con facilidad, como es sabido, desgarros de la vagina y periné. Las superficies de sección del hueso en la pubiotomía facilitan de modo extraordinario estas desgarraduras, de tal manera, que en primíparas esta complicación es muy frecuente. Los casos observados enseñan el serio peligro que representa para la madre la comunicación de la herida operatoria

con los desgarros producidos en las partes blandas. Esta complicación anula por completo las ventajas que ofrece una intervención en la que la sección del hueso queda separada de la vagina y protegida del contacto con los loquios. Cuando el desgarro vaginal se prolonga hasta el recto, el peligro es mayor y la infección consiguiente puede ser fatal para la madre (caso de Baumm).

La posibilidad de que sufran traumatismos las articulaciones sacro-ilíacas es pequeña, dada la resistencia de ellas y de sus ligamentos.

Es una observación de todos los operadores la de que la consolidación del hueso se realiza rápidamente y en inmejorables condiciones.

En general, á los catorce días es ya tan firme, que la operada puede andar y sostenerse sobre una pierna (Kannegiesser) (30). Aun en las ocasiones en que se ha establecido comunicación entre la herida del hueso y los desgarros de las partes blandas, la consolidación se ha llevado siempre á término, y en los casos en que el periostio no ha quedado muy destrozado y la coaptación de las superficies del hueso ha sido exacta, el resultado final es tan ideal que no queda vestigio alguno que pueda recordar la operación practicada: Gigli (19), Van de Velde (59). Es indudable que en este sentido la pubiotomía representa una gran ventaja sobre la sinfisiotomía.

Van de Velde intenta obtener un aumento permanente de los diámetros pelvianos colocando á la mujer pubiotomizada en determinada posición, y prescindiendo de los medios de compresión que se emplean para aproximar las extremidades del hueso serrado (cinturones de goma, vendas, sacos de arena). El espacio que queda entre las superficies del hueso lo llena más tarde tejido óseo de nueva formación.

Sobre el consejo que dan algunos operadores (Reeb, Döderlein, Walcher) de introducir la sierra de un modo preventivo, es decir, después de dejarla colocada, intentar por medio del forceps ó la versión la extracción del feto, y solamente en caso de que las dificultades sean grandes serrar el hueso, opina Henkel que este modo de proceder no es recomendable en general: de una parte, porque el obligar á pasar á un feto con el forceps por una pelvis estrecha representa un gran traumatismo para el niño, que puede comprometer su vitalidad; y si se intenta extraerlo por versión y las dificultades son grandes, es en un momento tan crítico para él cuando debe serrarse el hueso, que basta el pequeño espacio de tiempo que se emplea en esta maniobra—aunque la lleve á cabo un asistente—para que la vida del feto corra inminente riesgo; de otra parte, en los métodos en que la operación no es por completo subcutánea, aunque pequeñas, se practican incisiones que podían ser punto de entrada para una infección. Además, se pueden presentar hemorra-

gias difíciles de cohibir, y por último, toda la operación es cuestión de pocos minutos, y no resuelve un gran problema el introducir de un modo preventivo la sierra ó el llevar á cabo toda la operación cuando el seccionar el pubis está indicado.

En 146 casos de mujeres pubiotomizadas se cuentan ocho muertes = 5,48 por 100. De éstos pertenecen:

Uno á *Berry Hart* (Edinburgh), muerte por cloroformo.

Uno á *Saladino* (Siena), muerte por tifus veinticinco días después del parto, y estando la mujer completamente restablecida del traumatismo operatorio.

Dos á *Baumm*, infectadas antes de la operación; desgarros de la vejiga y vagina en la operación.

Uno á *Landerini* (Bérgamo), infectada antes de la operación.

Uno á *Toporski* (Posen), infectada antes de la operación.

Uno á *Werth* (Kiel), infección del punto de inserción de la placenta.

Uno á la clínica de mujeres de Jena, dado á conocer en el congreso de Meran por *Busse*: muerte al cuarto día de operada. Autopsia: trombosis de ambas venas espermáticas internas, que se extendían hasta la desembocadura en las venas renales.

Restando de estos casos de muerte aquellos que en realidad no tienen relación alguna con la operación (casos de Berry Hart, Saladino y Werth), quedan cinco casos de muerte = 3,42 por 100 de mortalidad materna.

Por lo que respecta á la mortalidad fetal, en un conjunto de cuarenta observaciones recogidas por Kannegiesser (30), aparecen cuatro muertes = 10 por 100.

Aunque las indicaciones de esta operación no es posible establecerlas más que de un modo individual, existen, sin embargo, factores que las indican y contraindican, que deben tenerse muy presentes si no se quiere comprometer en ocasiones la vida de la madre ó hacer ilusorios los resultados de la operación extrayendo un niño muerto.

En primer lugar, es necesario precisar con toda la exactitud que sea posible los diámetros pelvianos y el tamaño de la cabeza fetal. Puede ocurrir que una pelvis con un grado de estrechez mínimo y que sin grandes dificultades ha permitido el paso de fetos en partos anteriores, sea un obstáculo al paso de un nuevo niño, cuya cabeza sea mayor, y haga precisa la pubiotomía si se quiere extraerlo vivo.

Henkel hace buenas y aplicables las cifras que Sweifel establece para la sinfisiotomía en *Deutschen Klinik am Eingang des 20 Jahrhunderts*, cuando al hablar de los grados de estrechez pélvica en que puede estar indicada la pubiotomía, dice: «La pubiotomía

está indicada en pelvis estrechas, cuyo diámetro conjugado verdadero oscila entre 8,5 y 6,75». En las últimas, es decir, en aquellas de 6,75, aconseja solamente la operación cuando el feto es pequeño, pues de lo contrario se corre el peligro de ver morir al niño durante la extracción. Cuando la pelvis es estrecha en la totalidad de sus diámetros, la operación sólo es aplicable en los casos en que el diámetro verdadero oscila entre 9-7,5.

Stoeckel, de la clínica de Bumm, al referir en su artículo *Symphiseotomie oder Pubotomie* (51) los dos primeros casos operados por Bumm, dice: «Las dos operaciones tienen sus indicaciones: la pubiotomía, para los primeros grados de estrecheces pélvicas; la sinfisiotomía, para las estrecheces pélvicas más pronunciadas (diámetro conjugado verdadero 8-8,5—7-7,5)».

La operación, según Henkel, no es recomendable en general para primíparas con vagina muy estrecha, teniendo en cuenta que la intervención se practica estando aún la cabeza fetal por encima del estrecho superior cuando las partes blandas (vagina, suelo de la pelvis) no están aún preparadas y oponen una gran resistencia á la extracción del feto, ya por la versión, ya con el forceps, corriéndose un doble peligro: el de producir, como ocurre con frecuencia, desgarros de la vagina y periné, que á veces se comunican con la sección del hueso, ó el de someter al feto á una prueba de resistencia que pone en gran peligro su vida.

En mujeres que llevan ya largo tiempo en el trabajo del parto, que han sido exploradas varias veces, y en las que quizá se nota un pequeño movimiento febril, debe también dejarse de intervenir. En la literatura existen ya casos llenos de enseñanza.

Henkel pone reparos á si la pubiotomía puede recomendarse en los casos en que en el embarazo primero se practicó una operación cesárea abdominal. En estos casos se han producido en ocasiones adherencias entre el útero y la pared anterior del abdomen; la vagina resulta tan estrecha como en una primípara, y á veces aparece atirantada en su eje longitudinal.

En casos en los que por parte de la vagina no existieran dificultades para practicar la pubiotomía, él cree que debe preferirse el empleo del forceps, prescindiendo de la versión en lo posible ante el peligro de ocasionar una rotura uterina.

En esta operación, como en otras muchas de la obstetricia, es preciso intervenir en el momento más adecuado. Es gran verdad que en esta especialidad muchos malos resultados son debidos no á las dificultades de técnica operatoria, sino á las grandes de precisar si está ó no indicada una intervención; si ya es tarde ó, por el contrario, demasiado temprano para intervenir.

En la pubiotomía es recomendable observar la marcha del parto

hasta que el cuello uterino esté completamente dilatado, procurando que la bolsa de las aguas permanezca intacta.

Entonces conviene no esperar hasta que una urgente indicación por parte de la madre ó del feto se presente, pues en ambos casos puede el éxito de una pubiotomía quedar por completo comprometido, ya porque los latidos cardíacos fetales se alteren, corriendo entonces el peligro de perecer durante las maniobras de extracción, ya porque, prolongándose demasiado el trabajo del parto, se presente fiebre en la madre, con lo que la pubiotomía lleva en sí un mayor peligro.

Seguramente no es la pubiotomía la operación que, como opina Bürger, reemplaza por completo á la operación cesárea abdominal en su indicación relativa, y hace innecesaria la perforación del feto vivo; claro que en muchos casos evita la pubiotomía una operación cesárea ó una perforación fetal, pero no en todos absolutamente.

Aun practicándose desde hace año y medio pubiotomías en la clínica de Dresden, en algunos casos han encontrado indicaciones de hacer perforaciones del feto vivo y de provocar partos prematuros; las hebotomías han sido en ese transcurso de tiempo 23; las perforaciones, 9; y los partos prematuros provocados, 15. De los niños de las pubiotomizadas vivieron 19, y 9 de los que nacieron por parto prematuro provocado.

El puerperio ha sido normal en el 33 por 100 de las hebotomizadas, mientras que de las sometidas á las otras operaciones fué en el 100 por 100.

Aunque es muy difícil todavía formar un juicio crítico definitivo sobre el valor de esta operación, la opinión general de los autores alemanes es que con ella ha adquirido la obstetricia un nuevo y valioso medio.

Si la operación ha de ser recomendable ó no al médico práctico, creo que, hoy por hoy, sin restricciones no debe serlo, no por la técnica, que es sencilla y se aprende fácilmente, sino por las dificultades de establecer con precisión las indicaciones, dificultades sólo vencibles cuando se tiene mucha práctica; además, se pueden presentar complicaciones durante la operación que coloquen al práctico en situación comprometida si no está orientado sobre la anatomía de la región y no cuenta con número suficiente de ayudantes.

Berlín, Julio 1906.

BIBLIOGRAFÍA

(1) *Arndt.*—Ein Fall von Hebotomie. Zentralbl. f. Gin. 1903. Nr. 49. S. 1457-1460.

(2) *Bauereisen.*—Ueber die Hebotomie. Münchener med. Wochenschrift. No. 51. 1905.

(3) *Baumm.*—Beitr. z. Pubiotomie nach Gigli Mtschr. f. G. und Gyn. 1903. No. 10, p. 632.

(4) *Bonardi.*—Taglio lateralizzato del pube col filo-sega Gigli in donna á termine con baccino piatto-rachitico. Ann. di Ost. é Gin. Milano. 1898. Febr., pág. 267.

(5) *Idem.*—Referat (s. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1899. Juni. S. 878).

(6) *Bouchacourt.*—A., Pubiotomie; symphyséotomie; synchondrotomie; opération de la symphyse. Dict. encycl. des sc. méd. Paris, 1889. 2. s. Tome XXVII, pág. 796-827 und Bullet. de la Soc. Obst. de Paris. 1898. Séance du 9 Mars (s. Zentralbl. f. Gyn. 1898. Nr. 33. S. 907 u. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1898. Juli. S. 81).

(7) *Bürger.*—Zentralbl. f. Gyn. 1905, Nr. 27.

(8) Caso comunicado por Busse. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1905. No. 41.

(9) *Calderini.*—Pubiotomia col filo sega catena di Gigli-Haertel. Arch. Ital. di Gin. 1900. Nr. 3. 30. Avrile, pág. 167.

(10) *Van Cauvenberghes.*—Elargissement du bassin par la pubiotomie. Obstétrique, 15. 1. 1905.

(11) *Charpentier.*—Sur l'ischiopubiotomie. Annales de Gyn. et d'Obst. 1893. Fevrier, pág. 143-144. Bulletin de l'Acad de méd. Paris, 1893. N. S. Tome XXIX, pág. 52.

(12) *Döderlein.*—Ueber alte und neue beckenerweiternde Operationen. Archiv. für Gynaecologie. 1904, S. 275.

(13) *Idem.*—Zur Hebotomiefrage. Zentralblatt für Gy. Nr. 3. 1906.

(14) *Dührssen.*—Berliner Klin. Wochenschrift. No. 49. 1905.

(15) *Farabeuf.*—L. H. De l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire par ischio-pubiotomie, avec considérations sur la puissance nocive du forceps. Ann. de gyn. et d'obst. Paris, 1892. Tome XXXVIII, pág. 401-430.

(16) *Fleischmann.* — Geburtshüfl-gynäk. Gesellschaft in Wien. Sitzung vom 16. Mai 1905.

(17) *Gardini.* — L. Il secondo caso di pubiotomia col filo sega Gigli. Annali di Ost. é Gyn. 1900. Nr. 6, pág. 417.

(18) *Gigli.*—Della sezione della sinfisi con una sega di filo metallico. Annali di Ost. et Gin. 1893. No. 7.

(19) *Idem.*—Lateralschnitt durch das os pubis. Zentralbl. f. Gy. 1902. Nr. 48. S. 1299.

(20) *Idem.*—Zentralblatt f. Gyn. 1904. Heft. 9.

(21) *Idem.*—Taglio lateralizzato del pube, suoi vantaggi, sua tecnica. Ann. di os é gyn. 1894. No. 10, y Lateralschnitt durch das os pubis. Zentr. f. Gyn. 1902, No. 48, p. 1299.

(22) *Idem.*—Taglio lateralizzato del pube. Consideragioni cliniche. Bollettino della Societa Toscana di ost. é gin. 1902. Mai.

(23) *Idem.*—Zur Pubeotomie nach Baumm. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 18. 1903. H. 2. S. 289.

(24) *Guérard.*—Untersuchung und Leehre über den Durchschnitt der Schambeine. u. s. w. Münster. 1781.

(25) *Hammer.*—Münch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 20.

(26) *Henkel.*—Ueber die Pubiotomie. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. LVII. Band. 1. Heft. 1906.

(27) *Hofmeiers.*—Physikal. med. Ges. zu Würzburg, Sitzung vom 17. November 1904.

(28) *Hohlweg.*—Zentralbl. f. Gyn. 1905. No. 42.

(29) *Kaarsberg.*—Symphyseotomi vg Ischiopubeotomi. Hospital. Tidende 1893. 4. R. Bd. 1., pág. 21.

(30) *Kannegiesser.*—Beitrag zur Hebotomie auf Grund von 21 Fällen. Archiv. für Gynaekologie 78. Bd. I Heft. 1906.

(31) Januarsitzung der gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden 1905. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1905. No. 35.

(32) Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1905. No. 35.

(33) *Kehrer.*—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXI. H. 3.

(34) *Kilian.*—Operative Geburtshülfe. 1899, p. 802, y Busch, Ein Fall von Galbiatis Pelviotomie. Neue Zeitschr. f. Geb. Bd. I. 1839, p. 121.

(35) *Krönig.*—Symphyseotomie. Kapitel VIII. Handbuch der Geburtshülfe. F. von Winckel 3. Band. I. Teil. 1906.

(36) *V. Küttner.*—Zentralbl. f. G. 1905. Nr. 27.

(37) *Lacour.*—Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prematuré. Thèse. Paris, 1894, p. 83.

(38) *Leopold.* — Zur Hebotomie. Zentralbl. f. Gyn. 1904. No. 46.

(39) *Macé.*—Bulletin de la societé d'obstêtrique. No. 7. 1905.

(40) *Menge.*—Münch. med. Wochenschr. 1905. Nr. 47.

(41) *Meyer.*—Zentralblatt für Gynäkologie. 1903. Nr. 13.

(42) *Pestalozza.*—Zwei Fälle von Lateralschnitt des Beckens nach Gigli. Zentralbl. f. Gyn. 1903. Nr. 4. S. 101.

(43) *Pinard.*—De l'ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf. Annales de Gynéc. 1893, Fevrier, pág. 139.

(44) *Reeb.*—Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1905.

(45) *Reifferscheid.*—Zentralbl. f. Gyn. 1905. No. 42.

(46) *Rissmann.*—Zur Pubiotomie. Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie. 1906. LVII. Band. 3. Heft.

(47) *Rosenfeld.*—Über die Art der Beckenerweiterung bei der Pubotomie. Zentralblatt f. G. Nr. 3. 1906.

(48) *Seligmann.*—Zentralbl. f. G. 1905. Nr. 40.

(49) *Sellheim.*—Zentralblatt f. Gyn. No. 36. 1905.

(50) *Idem.*—Vers. d. Deutschen Ges. f. Gyn., Kiel, 1905.

(51) *Stoeckel.*—«Symphyseotomie oder Pubotomie?» Zentralblatt für Gynäkologie. 1906. Nr. 3.

(52) *Sweifel.*—«Die subkutane Symphysiotomie.» Zentralblatt für Gynäkologie. Nr. 26. 1906.

(53) *Tandler.*—«Zur Anatomie des Lateralschnittes.» Conferencia dada en la Sociedad Ginecológica de Viena. 16 Mayo 1905.

(54) *Tandlers.*—Zentralblatt für Gynäkologie. 1905. Nr. 28.

(55) *Idem.*—Zur Anatomie und Technik der Pubiotomie. Zentralbl. f. Gy. 1906. Nr. 3.

(56) *Hirst. Barton Cooke.*—The ultimate results of pubéotomy, á ruptured uterus; injury to the lumbosacral plexus in labor, multiple abcesses in the abdominal cavity. Philad. Med. News. 1893. Vol. LXI. H. 22, pág. 604. Referat. Zentralbl. f. Gyn. 1894. Nr. 5. S. 128.

(57) *Van de Velde.*—Ein Fall von Pubiotomie Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. März 1902. S. 373.

(58) *Idem.*—Die Hebotomie. Zentralbl. f. Gyn. 1902. Nr. 37. S. 969.

(59) *Idem.*—Hebotomie mit bleibender Erweiterung des Beckens. Wiener Klin. Wochenschr. 1903. Nr. 29. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1903. N. 10. S. 311.

(60) *Idem.*—Zentralblatt f. Gyn. 1904. Heft. 30.

(61) *Walcher.*—Zentralblatt f. Gyn. No. 36. 1905.

NOTA.—Con fecha 11 de Agosto último, y cuando ya estaba en prensa este trabajo, ha publicado el profesor Bumm un artículo titulado *Die Pubotomie mit der Nadel*, en el cual encuentro reunidos los casos operados en su clínica según su método.

Hasta la fecha son 14: en cuatro, después de practicada la sección del hueso, se esperó á que el parto terminase espontáneamente; en nueve se extrajo el feto con el forceps, y en uno por versión. Todas las madres se salvaron; de los niños, viven 12.

Bumm ha modificado la técnica algún tanto. Ahora aconseja seccionar el hueso lo más próximamente posible á la articulación de la sínfisis; de este modo cree que la separación de las superficies de sección del hueso es mayor y puede practicarse la pubiotomía subcutánea con resultados positivos, aun en pelvis cuyo diámetro conjugado verdadero es de 7 centímetros.

La compresión de la región, después de extraído el feto, prolongada por espacio de doce horas, le ha dado tan buenos resultados como medio profiláctico contra la formación de hematomas, que desde que la practica no se ha presentado ninguna vez esta complicación.—C. G.

# DE LAS INFECCIONES TÍFICAS

Por el Dr. D. Antonio Mut
Del Instituto Rubio.

Las recientes investigaciones sobre el tifus exantemático llevadas á cabo por el Dr. D. J. Durán, del Laboratorio de Higiene Militar, han llamado mucho la atención de los médicos internistas que se han ocupado de dichos trabajos: en primer lugar, porque son muy interesantes; y después, porque es un paso más hacia el esclarecimiento de la etiología de las infecciones tíficas, cuestión hoy muy embrollada.

Desde el descubrimiento del bacilo tífico por Eberth, estábamos los médicos de enhorabuena, porque se habían unificado una porción de enfermedades que pasaban como entidades patológicas completamente distintas en un solo y único proceso, denominado fiebre tifoídea... Las fiebres gástricas, biliosas, etc., etc., debían ser consideradas como variantes, formas clínicas no más de una infección producida por el bacilo de Eberth, que según el grado de resistencia orgánica natural ó adquirida del individuo, y según el grado de vulnerabilidad de sus órganos, daba lugar á formas más ó menos graves en unos casos, ó á los neumo-tifus, espleno-tifus, sidero-tifus, etc., etc., respectivamente, en otros.

Este aspecto simplicísimo de la cuestión halagaba, como no podía menos, á los médicos prácticos, porque, sin desaparecer la parte clínica del asunto, encontraban en el laboratorio, cuando era posible, la confirmación plena de su juicio diagnóstico. Y entonces las infecciones tíficas, hecha excepción del llamado tifus recurrente ó fiebre de recaída, quedaban reducidas á dos grandes procesos: uno, la fiebre tifoídea originada por el bacilo de Eberth; otro, el tifus exantemático, de etiología desconocida.

Pero bien pronto los mismos progresos de la bacteriología se encargaron de deshacer lo andado, sembrando dificultades en lo que antes aparecía tan sencillo, y demostrando que no siempre era el Eberth el causante de los procesos infectivos de carácter tífico, sino que había otras bacterias muy directamente emparentadas con aquél por sus caracteres morfológicos y biológicos, capaces de determinar cuadros sindrómicos muy parecidos ó iguales: tales son el coli, el paratifus A y el paratifus B.

Al llegar á este punto la clínica, que no ha seguido, que no ha podido seguir la marcha tan veloz del laboratorio, ha tenido que *inventar* las infecciones á coli y las paratíficas A y B (por ahora), cuando del laboratorio se lo dicen, pero no porque ella—la clínica—las pueda distinguir á la cabecera del enfermo, ni tampoco saque,

por el momento, gran provecho en cuanto á pronóstico y tratamiento.

Así, estábamos en espera de la quinta variedad de bacilo coli ó del paratifus C, cuando el Sr. J. Durán se decidió á publicar un adelanto de sus trabajos—que, dicho sea de paso, si estuvieran firmados por algún médico inglés ó alemán habrían dado ya la vuelta al mundo científico, y á estas horas el nombre del autor sería pronunciado con encomio por todos nosotros,—demostrando la existencia de un germen en la sangre, orinas y heces de los enfermos diagnosticados de tifus exantemático, que no es microbio de asociación, ni se encuentra normalmente en la sangre, ni es saprofito, sino patógeno, y que se puede, procediendo de un modo apropiado, inmunizar animales (la cabra preferentemente), obteniendo en el suero de la sangre de dichos animales anticuerpos específicos utilizables en la terapéutica de esta enfermedad; es decir, que se llega á obtener un suero bacteriolísico con propiedades curativas.

Hasta aquí la cuestión se presenta clara, y no hay más que motivos de gran satisfacción al pensar que tal vez pueda haber encontrado la causa viva del tifus exantemático, y, por consiguiente, se haya logrado hacer un descubrimiento de capitalísima importancia.

Pero el problema se convierte en seguida en punto menos que insoluble desde el momento en que el Sr. J. Durán nos dice que el citado germen, su diplococo, se encuentra asimismo en las deyecciones, orina y sangre de los enfermos atacados de esas fiebres infecciosas intestinales, que denominaremos X, de tipo tífico, que desde hace algunos años se observan en Madrid (y, según referencias, en casi toda España) con carácter epidémico más ó menos marcado, según las estaciones del año.

Efectivamente, en todos los enfermos de fiebres infecciosas de origen intestinal que yo he proporcionado al Sr. Durán para el análisis de su sangre y excreta, en todos se ha encontrado perfectamente el diplococo de referencia. En vista de estos hechos, el Sr. Durán se ve precisado á admitir dos formas de infecciones diplocócicas: una, que llama *típica*, que se ajusta al cuadro del tifus exantemático; y otra, que denomina *atípica*, de sintomatología variable. Más claro: que todos esos casos que estamos viendo en la práctica todos los médicos, de fiebres intestinales de tipo tífico—no eberthianas—no son más que formas atenuadas, casos benignos de tifus exantemático debidos al diplococo de referencia.

Henos aquí ya en el colmo del embrollo con infecciones tíficas á Eberth, á paratifus A y B, á coli, á diplococos. Ya no son bastantes las numerosas variedades de la infección eberthiana, sino que se complica el estudio con las paratíficas, con las diplocócicas típicas

y atípicas y con las producidas por el coli, á cuyo microbio se han achacado casi todas las enfermedades infecciosas, sencillamente porque este germen, lo mismo que Dios, se encuentra en todas partes.

Los médicos, sin embargo, no hemos permanecido completamente cruzados de brazos ante esta imponente invasión del laboratorio: algo hemos visto y observado á la cabecera del enfermo, y ese algo, por cierto, no está de completo acuerdo con la bacteriología. La buena armonía que debe reinar entre la clínica y el laboratorio no aparece en lo que se refiere al diplococo del Sr. J. Durán.

La clínica ha visto *tres clases* de infecciones de carácter tífico, tres no más; pero, eso sí, bien diferenciables, perfectamente diagnosticables á la cabecera del enfermo: una es la fiebre tifoídea, otra es el tifus exantemático, y la tercera es la fiebre infecciosa intestinal, que insisto por ahora en llamar X hasta que se le pueda poner mejor apellido.

Sin necesidad de recurrir al laboratorio, puede y debe el práctico hacer el diagnóstico diferencial entre estas tres clases de fiebres que tienen de común el carácter tífico, pero que á su vez poseen signos que á una mediana observación se presentan perfectamente distintos.

Fijémonos en los principales síntomas que presentan estas infecciones, y veamos las diferencias:

*Fiebre.*—Es suficiente este síntoma por sí solo para hacer el diagnóstico. La curva de la fiebre tifoídea es, como ya se sabe, perfectamente característica. Sus oscilaciones ascendentes, estacionarias y descendentes son verdaderamente típicas. En el tifus, la curva térmica puede representarse esquemáticamente por un cuadrado; una línea de ascenso brusco, casi vertical; un período de estadio, de pocas oscilaciones, horizontal, y otra línea de descenso también rápido, perpendicular como la primera. La gráfica de las fiebres infecciosas intestinales X aseméjase á una curva parabólica prolongada; es decir, elévase la temperatura muy lentamente en el transcurso de días; se sostiene después á poca altura durante un tiempo más ó menos largo (á veces, durante dos ó tres ó más meses), y termina rastreando entre 37° y 37° y décimas otros cuantos días ó semanas, suficientes para acabar con la paciencia del enfermo, del médico y de cuantas personas rodean al paciente.

La duración de la fiebre es también distinta en las tres afecciones: tres semanas, término medio, para la fiebre tifoidea; dos semanas para el tifus, é indefinida ó poco menos para las fiebres X. (Yo sé de un caso de *siete meses* de duración.)

*Síntomas gastro-intestinales.*—Aparecen en toda su intensidad en la fiebre tifoídea. Son menos marcados en el tifus, y completa-

mente nulos en las fiebres X. La diarrea, el dolor á la presión, el meteorismo, el gorgoteo, la lengua seca y áspera, los fuligos, etc., que se observan en el tifus abdominal y en el exantemático, brillan por su ausencia en los enfermos atacados de infección intestinal X de un modo casi absoluto.

En estos casos todo queda reducido á un estado de lengua saburral de lo más tenaz y á algunas deposiciones fétidas, pero dominando siempre el estreñimiento y faltando el timpanismo doloroso. El vientre se muestra blando, flexible, con ausencia de insonoridades ni macideces.

*Exantema.*—El exantema caracteriza el tifus que lleva este nombre, y precisa que en esto quedemos de acuerdo de una vez para siempre. Diagnosticar tifus exantemático sin manchas es tan habilidoso como decir sarampión sin pápulas, escarlatina sin placas, viruela sin pústulas. Esto son sencillamente filigranas clínicas que debemos omitir en la descripción general y corriente de las enfermedades. En la fiebre tifoidea el exantema queda reducido á la pequeña y muchas veces fugaz erupción de petequias en el vientre, y cintura sobre todo. En las fiebres infecciosas X no hay exantemas de ningún género, como no sea una sudámina que, cláro es, no tiene nada de específica.

*Síntomas nerviosos.*—Muy intensos en el tifus exantemático y en la fiebre tifoidea, son mucho menos marcados en las fiebres infecciosas X, en las que el delirio y la agitación, el insomnio ó la postración otras veces, revélanse en formas mucho más atenuadas que en las dos enfermedades anteriores. El estado tifoídeo, el sopor, la indiferencia, la adinamia, es lo que enlaza á estas tres clases de infecciosos, dándoles un sello común que las hace merecer el calificativo de *tíficas*. El aspecto, la cara, la manera ó la posición especial en decúbito supino que adoptan estos enfermos, el hundimiento en la cama, su mirada inexpresiva, la tardanza y dificultad á nuestras preguntas, son iguales para todos los tíficos, de la clase que quiera. No obstante, y aun cuando sólo se trate de cuestión de grados, el estado soporoso en los infecciosos intestinales no es tan pronunciado en general como en los tíficos eberthiano y exantemático.

*Curso, duración, pronóstico.*—Las infecciones á Eberth y exantemática tienen un curso cíclico, regular. Las infecciones intestinales X son de una marcha completamente anómala, irregular. La duración de los tifus exantemático y abdominal es, salvo complicaciones, de dos semanas por lo menos para el primero, y de tres para el segundo, como ya es sabido. En cambio la duración de las fiebres intestinales X es, puede decirse, ilimitada: uno, dos, tres, cuatro y más meses. El pronóstico del tifus y de la fiebre tifoidea es siempre grave, muy serio, en términos generales; el de las fiebres infeccio-

sas intestinales, muy benigno. Yo no he visto hasta la fecha en ninguno de mis enfermos una terminación mortal.

*Recaídas.*—Muy poco frecuentes en el tifus exantemático, algo más en la fiebre tifoidea, son lo general, lo más corriente, casi lo seguro, en las infecciones X. Después de tres, cuatro, cinco semanas de fiebre, la temperatura se pone en 37° ó menos, y así permanece uno, dos ó tres días, para volver á subir de nuevo—sin causa alguna exterior á que poder atribuirlo—y continuar otras tantas semanas de pirexia, sin que esta recaída signifique agravación en la dolencia, sino simplemente una continuación de la misma. Observar dos y tres recaídas en el curso de una infección intestinal es de lo más frecuente.

En resumen: que al lado de los tifus exantemático y eberhtiano se observa en la práctica otra infección de tipo tífico, de origen intestinal, de carácter benigno y con una fisonomía tan clara, tan especial, de síntomas tan precisos y determinados, que se impone su separación en clínica de las demás enfermedades con las que podría confundirse, poseyendo motivo suficiente para ocupar un lugar separado en los cuadros nosológicos de la Patología. Todo son motivos bastantes para hacer mención aparte de unas fiebres generalmente de larga duración, tan persistentes que á veces, aburridos los enfermos de esta tenacidad, acaban por comer de todo, por salir á la calle y por dedicarse á sus ocupaciones, con 37 y medio ó 38 grados, por la tarde ó por la mañana (porque el tipo inverso no deja de ser frecuente), y sin otro trastorno de importancia en la salud general. Es decir, que «en estas fiebres todo es fiebre»; ó de otro modo, que fuera de los infartos hepático y esplénico, poco pronunciados en general, no se encuentra en los demás órganos nada que justifique la existencia de la misma.

Sentado el diagnóstico clínico, veamos lo que nos dice el bacteriológico. En la fiebre tifoidea el laboratorio nos da unas seguridades casi absolutas. Suero diagnóstico con el bacilo Eberth, positivo... no ha lugar á dudas: se trata de un íleo-tifus. Ya no sucede lo mismo si el suero-diagnóstico es negativo, pues entonces caben una porción de interpretaciones. Pero, en fin, si el médico diagnostica fiebre tifoidea y el laboratorio le dice Eberth, estamos en el mismo caso que cuando el clínico dice tuberculosis y el laboratorio afirma Koch, que cuando se asocian los nombres de difteria y Löffler, etc., etc. Esto es, que médico y bacteriólogo aúnan sus esfuerzos, se compenetran, llegando al mismo resultado por distintos medios de investigación: *un* enfermo de fiebre tifoidea en cuya sangre, orinas, etc., se encuentra el bacilo Eberth.

El diagnóstico bacteriológico del tifus exantemático parece ser que está á punto de ser un hecho si las investigaciones del doctor

J. Durán adquieren plena y absoluta confirmación. Ya el profesor Lewaschew, practicando investigaciones en la sangre de las venas del brazo y en la obtenida por picadura en las yemas de los dedos, encontró un micrococo dispuesto en forma de diplococo en los enfermos atacados de fiebre manchada. Algunos otros investigadores como Lejubimow, Matschinski, etc., etc., han encontrado igualmente en la sangre de los tíficos petequiales diplococos cuyos caracteres parecen idénticos á los descubiertos por Lewaschew. Faltan, sin embargo, hallazgos cadavéricos, examen de los órganos por lo que se refiere á su contenido en bacterias de esta clase, y quizá más amplias investigaciones de cultivo.

Por lo que se refiere á las fiebres tíficas X, las llamo así porque en realidad la bacteriología ha encontrado en estos casos multitud de bacterias, pero ninguna específica, hasta la fecha. Primero se creyó que el bacilo coli comunis era el que, saprofito ordinariamente, adquiere en condiciones abonadas caracteres de virulencia capaces de determinar procesos infectivos de la índole á que aludo. Después Briand, Kaiser, Schotmüller, descubrieron un paratifus A y B y entendieron que éstos eran la causa de tales trastornos generales infecciosos. Ultimamente J. Durán entiende que el germen á que debe achacarse todos estos casos no es otro que el diplococo por él estudiado, el cual lo mismo puede producir una fiebre manchada—forma típica—que una fiebre irregular, forma atípica, según la resistencia orgánica, la virulencia del germen y la cantidad que de él penetre en el organismo.

Todo esto es, á la verdad, muy confuso. El tifus petequial podrá tener, y tiene en efecto, formas leves, como las tiene la tifoidea, como la pulmonía, como la inmensa mayoría de las enfermedades, y en estos casos el germen patógeno se comprende que ha de ser el mismo, con mayor ó menor virulencia, en lucha con un organismo más ó menos resistente; pero estas formas, leves, abortivas si se quiere, son tifus y no otra cosa; es decir, que dentro de su lenidad recuerdan, como no puede menos, la enfermedad tipo. Las fiebres X, clínicamente hablando, fuera de su aspecto tífico, del estupor que producen, no tienen parecido con la enfermedad manchada ni con la dotienentería, sino que poseen una fisonomía propia, característica, suficiente para merecer un marco independiente en el estudio de las afecciones internas. Y se resiste á la razón que una misma bacteria pueda producir, *desarrollándose en un mismo medio*, afecciones tan distintas. Se comprende, por ejemplo, que el propio estreptococo, que en el tejido celular produce un flemón, determine una pleuresía si lesiona la pleura, ó una sepsis general si pasa á la circulación general; porque si es cierto que no tienen en verdad parecido clínico alguno estas tres afecciones citadas, también es eviden-

te que el substratum anatómico sobre el cual ejerce su acción el germen es á su vez diferente. Además, aun en los mismos estreptococos, ¿no se admite que dentro de la misma raza existen variedad de especies, como se deduce de los experimentos de inmunización respecto á estos microbios? Y es que la lógica, la razón, la *conveniencia clínica*, suponen, esperan y necesitan que *un* agente productor de enfermedad ha de ser específico para *una* enfermedad dada, pero no para dos ni para varias.

De modo que admitiendo — como no puede por menos, dada la formalidad y conocimientos del distinguido bacteriólogo Dr. J. Durán — la sinceridad y exactitud en las investigaciones llevadas á cabo por este experimentador, convendría que precediera al estudio del laboratorio un diagnóstico clínico evidente de los casos que de aquí en adelante se observaran, realizado por personas de indiscutible autoridad clínica, con el objeto de que no cupiera la menor duda (y esto no es poner en tela de juicio diagnósticos anteriores, sino sencillamente necesidad de una completa ratificación) de que el Sr. J. Durán opera sobre enfermos de verdadero tifus exantemático unas veces, y otras en atacados de simples fiebres infecciosas intestinales, obteniendo en todos los casos—en estas dos entidades clínicas tan distanciadas—un solo y único germen—el diplococo,—que por los procedimientos de técnica bacteriológica apropiada se demuestre que éste y no otro debe ser el causante de la afección. Más tarde sería preciso convencerse que el diplococo tantas veces citado es un germen con individualidad propia; es decir, que no es uno de tantos estreptos que no sólo cambian de forma, según los diferentes medios de cultivo, sino de condiciones.

Para terminar este punto de diagnóstico, he de decir que no se me oculta la semejanza clínica que guardan las fiebres tíficas X con la llamada fiebre de Malta ó del Mediterráneo, y que las dificultades diagnósticas pueden resultar insuperables durante los primeros días, no sólo entre estos dos procesos, sino con la misma fiebre tifoídea. Sólo la evolución de la enfermedad, el intercalarse en su marcha períodos apiréticos prolongados, su duración (tres meses, término medio, hasta dos años) y, sobre todo, la prueba del suero sanguíneo con el micrococo melitensis descubierto por Bruce, cuando es positiva, desvanecen las dudas.

De todos modos, es indudable que aún está por descubrir la explicación de muchos procesos febriles, principalmente de origen entérico, caracterizados por su larga duración y la poca ó ninguna sintomatología visceral, y que fuera de unas cuantas fiebres de causa y síndrome bien conocidos, existe actualmente mucha oscuridad en gran número de cuestiones entrañadas en la patología de estas infecciones, lo mismo clínica que bacteriológicamente hablando.

Respecto al tratamiento de las infecciones tíficas, estamos á estas alturas poco más ó menos que en aquellos tiempos en que se decía que «la fiebre tifoídea es soluble en el agua de limón». Y no es porque no se haya trabajado con verdadera decisión y entusiasmo en este asunto, pero los resultados no han correspondido á las esperanzas.

En la tifoídea, la sueroterapia antitóxica, defendida principalmente por Chantemesse, está desacreditada, y con razón, puesto que es sabido que la infección eberthiana es un envenenamiento casi exclusivamente bacteriano y no es una intoxicación.

Tampoco la vacunación antitífica ha conseguido éxitos indudables. Sin embargo, la vacuna preparada por Wrigt y empleada con un fin profiláctico en el ejército inglés de la India y en la última guerra del Transvaal, y que consiste en cultivos de bacilos tifosos en caldo, mantenidos durante cuatro semanas en la estufa y sometidos después á la temperatura de 60°,6 durante media hora, sin estar libre de toda crítica, merece continuar sus ensayos. Las inyecciones de cultivos muertos de bacilos tíficos se han mostrado hasta ahora desprovistas de todo peligro, y en verdad que es cuanto se puede pedir. Los extractos de Jez, preparados con medula ósea, bazo, timo, encéfalo de animales inmunizados, ni han producido malos efectos ni han conseguido brillantes y positivos resultados.

El tratamiento de la tifoídea por el agua fría cuenta actualmente con menos entusiastas, como es lógico, después que se ha visto en la práctica lo que dictaba el sentido común. Yo no me arrepiento de haber mandado en mi vida á un enfermo con 40° un baño de 18°, porque siempre lo he creído irracional, y, además, porque jamás he pensado que la temperatura era el todo en la tifoídea. Ahora se bañan los enfermos en agua templadita, con lo que se les mantiene limpitos, se despeja su sensorio, se favorece la diuresis... y se da tiempo á que transcurran tres ó cuatro septenarios hasta que termine la enfermedad; esto es, hasta que se vacunan ellos mismos.

El tifus y las fiebres infecciosas intestinales no tienen más tratamiento por ahora que el puramente individual y sintomático. De todos es reconocida la ineficacia de la quinina y de los baños en las fiebres X. En éstas el papel del médico es de lo más desairado: toda su terapéutica se reduce á esta sola palabra: *Paciencia.*

# ERUPCIONES MEDICAMENTOSAS

Por el Dr. D. Antonio Pardo Regidor
Del Instituto Rubio.

Las erupciones producidas por ciertos medicamentos merecen ser conocidas por los médicos generales.

Se presentan á diario en la práctica profesional estas dermatosis, y creemos oportuno darlas á conocer para ir aclarando el campo oscuro de la Dermatología cuando en él penetran los médicos que no están familiarizados en esta clase de estudios.

No vamos á entrar en una descripción amplia y minuciosa de todos los medicamentos que, aplicados tópicamente ó usados al interior, pueden producir desde el simple eritema fugaz, transitorio, efímero, hasta la destrucción del tejido cutáneo en totalidad.

Nuestro objeto, repetimos, no es otro que *vulgarizar* los conocimientos clínicos de ciertas dermatosis medicamentosas, para que no sean confundidas con entidades patológicas tan desemejantes que su inclusión en una familia dermatológica sería el colmo de la irregularidad nosológica.

Escojamos los medicamentos de uso más frecuente y que, por lo tanto, son manejados por los médicos en la práctica de todos los días.

*Ioduro potásico.*—Con más propiedad debiéramos decir ioduros en general; pero ya que el de potasio es el que más á menudo se usa y el más tóxico para la piel, á él nos referiremos con especialidad.

Desde la simple roséola hasta la ampolla y el ántrax, con su invasor esfacelo, pueden desarrollarse bajo la sola influencia de la administración del ioduro potásico.

Y no es preciso que lleguemos á esas dosis fabulosas de los 30 ó 40 gramos: basta con las corrientes para que se produzcan en el tegumento cutáneo las múltiples lesiones observadas por todos los prácticos, y de entre las cuales sacaremos las más frecuentes.

El *acné iódico*, localizado en la cara, frente, región torácica superior y posterior, es la dermatosis que más frecuentemente se observa en los sujetos que hacen uso de este medicamento.

Caracterízase esta toxidermia por la mayor intensidad en el proceso inflamatorio y por su pronta supuración, á la par que por la confluencia de las pápulo-pústulas formando placas.

La cicatriz varioliforme es la consecuencia inevitable de la supuración acneica, circunstancia que debe tenerse en cuenta cuando las lesiones invaden la cara, y los enfermos piden con interés que quede á salvo la estética.

El llamado *acné-antracoide iodo-potásico* no es otra cosa que la agrupación acneica que acabamos de mencionar cuando esta placa se infiltra, se eleva y se rodea de una zona roja más ó menos violácea.

En ocasiones, los orificios foliculares segregan espontáneamente ó á la más ligera presión un líquido sero-purulento, formándose, por la fusión de varios, placas ulceradas de aspecto sucio, desigual y papilomatoso.

La forma ampollosa *pénfigo iódico* es en realidad menos frecuente que la anterior, pero reviste esta variedad caracteres mucho más graves, debiendo el médico estar advertido para suspender en el acto la medicación cuando vea aparecer en la piel del sujeto sometido á los ioduros vesículas ó ampollas de aspecto penfigoídeo; invaden casi la totalidad del cuerpo, pero más bien las extremidades superiores y la cara, y aparecen súbitamente manchas rojas de intensidad variable, preludio de la ampolla que después ha de presentarse.

En algunas ocasiones, sin embargo, la mancha es posterior, y la ampolla aparece sin previa manifestación eritematosa.

El volumen de la ampolla varía, alcanzando á veces un diámetro como el de una pieza de cinco pesetas; su contenido es seroso, pero bien pronto se hace purulento, convirtiéndose en ocasiones en una sustancia semisólida que contiene glóbulos de sangre y células epidérmicas.

Las costras que se producen por las roturas de las ampollas cubren una superficie ulcerada, sucia, irregular, fungosa, vegetante; las cicatrices que estas lesiones determinan son deformes, profundas, alterando las facciones cuando se desarrollan en la cara, y los movimientos cuando lo hacen en las manos.

Nuestro particular amigo el eminente médico del hospital de San Luis, de París, Dr. Hallopeau publicó el año 1888 una Memoria acerca de «una forma vegetante y atrófica de pénfigo iódico», en la que apunta el hecho de un sujeto en quien aparecieron ampollas penfigoídeas en las córneas, determinando la ceguera definitiva.

Si á lo expuesto sumamos que esta modalidad toxidérmica se acompaña con cierta frecuencia de diarrea, albuminuria y de fenómenos generales, conduciendo á la caquexia y á la muerte, se comprenderá la importancia clínica que tiene el estudio y el conocimiento de estas intoxicaciones medicamentosas.

Debe consignarse que contra las leyes generales del hábito terapéutico, en estos casos ocurre que una vez desaparecidos los síntomas, si el enfermo vuelve de nuevo á ingerir la dosis más insignificante de ioduro potásico, reaparecen nuevamente las manifestaciones con la misma intensidad.

Un hecho de observación, y que debe apuntarse también, es

que los sujetos en los que estos síntomas se desarrollan con la gravedad que hemos indicado son individuos debilitados, de mala higiene, mal alimentados, alcohólicos ó que se hallan en la convalecencia de enfermedades anteriores, circunstancias todas que aminoran su coeficiente de resistencia.

En Junio último presentaron á la Sociedad Francesa de Dermatología y Sifilografía los Dres. Hallopeau y Macé de Lepinay un caso de iodismo vegetante, que no de deja de tener interés, en corroboración de lo que acabamos de exponer.

Dice así: N. N., de setenta y tres años, confitero; ingresó en el hospital el 29 de Mayo de 1906, por accidentes cutáneos que tenían dos meses de fecha.

Por el interrogatorio se viene en conocimiento de que el enfermo ha sido epiléptico de catorce á veinte años, que no ha tenido sífilis y que era poco bebedor.

Tuvo una fractura de pierna hace veinte años, y del mismo lado una flebitis hace quince años. Próximamente en esta época el farmacéutico le propinó bromuro potásico y ioduro del mismo, á las dosis de 75 centigramos del primero y 2 gramos del segundo. Desde entonces no ha cesado nunca de tomar estos medicamentos. Hace un año tuvo algunos granos en la nariz, después en la cara, cabeza y espaldas; la erupción dura ocho ó diez días, y desaparece sin tratamiento.

A comienzos de Abril se vuelve á quejar de la pierna izquierda, y el farmacéutico le aconseja que tome levadura de cerveza, presentándose de nuevo la erupción en la cara; se generaliza en seguida, y al mismo tiempo las conjuntivas se inflaman, sobreviniendo una abundante secreción nasal, por lo que el enfermo suprime el bromuro y el ioduro de potasio.

Actualmente la erupción está manifiesta en la cara; se ve, en efecto, en la parte inferior del dorso de la nariz elevaciones vegetantes de la piel, algunas filiformes, alcanzando hasta seis milímetros de longitud y de uno á cuatro de espesor; otras son sesiles y de apariencia verrugosa; el lado derecho del ala de la nariz está sembrado de vegetaciones confluentes, de un volumen variable entre un grano de mijo y un cañamón; se observan análogas vegetaciones en la mejilla derecha, y algunas diseminadas por diversas partes de la cara y cabeza, apreciándose en esta región cicatrices grandes como de una peseta de diámetro, deprimidas, de color rosa pálido en su centro, recordando el aspecto del lupus eritematoso. La erupción ha sido abundante en las manos y antebrazos, menor en los brazos y espalda, afirmando el enfermo que el principio de todas estas lesiones han sido ampollas, que se han roto con secreción de líquido.

No parece, pues, dudoso, dicen los exponentes, que se trata de una dermatosis de origen medicamentoso. El enfermo ha hecho un abuso considerable durante muchos años de su mezcla de bromuro y ioduro potásico, y la intolerancia no se ha establecido hasta pasado mucho tiempo, habiendo tomado á última hora un carácter grave. En efecto: hace quince años que usa constantemente los medicamentos, y hasta el año pasado no se iniciaron los primeros granos, desde luego fugaces, hasta hace dos meses, en que sobrevinieron las alteraciones mencionadas.

En la discusión del caso hubo de comprobarse, sin la más pequeña sombra de duda, que el ioduro fué la única causa de las lesiones indicadas; y estableciendo un paralelo entre este caso y el que motivó el trabajo que realizara el Dr. Hallopeau el año 1888, y á cuyo enfermo M. Renault trató por aquel entonces, recuerda este señor que el sujeto tomaba el ioduro ya mucho tiempo, por ser un sifilítico averiado, y como presentase manifestaciones cutáneas rebeldes, hubo de continuarle el tratamiento. La erupción no se modificaba en nada; suprimióse después la medicación, para restablecerla luego á instancias del enfermo, que decía no estaba curado, produciéndose en este momento las ampollas penfigoídeas de las córneas, que determinaron la ceguera por las cicatrices opacas consecutivas.

*Corolario.*—La aparición de lesiones cutáneas penfigoídeas en un enfermo sometido al ioduro potásico debe ser considerada como una señal de alarma, y ordena la cesación inmediata del tratamiento.

En la literatura médica consta una observación muy interesante de gangrena diseminada de la piel, de origen iodo-potásico, debida á M. Billard, interno del servicio del Dr. Audry, y en la que se consigna clínica é histológicamente la acción de los ioduros sobre la cubierta cutánea, llegando á producir verdaderas necrosis, pero cuyo mecanismo difiere de la gangrena ordinaria; es decir, que no es una necrosis séptica, incrustada sobre una ulceración, ni una necrosis pasiva consecutiva á infiltraciones hemorrágicas; parece verosímil que se trata aquí de lesiones primitivas del sistema sanguíneo y linfático, cuyo epitelio ha sido profundamente afectado por el ioduro potásico absorbido. Conviene retener bien en la memoria estas observaciones, para poder interpretar con exactitud la patogenia de ciertas gangrenas diseminadas de la piel que no caben dentro de la histeria, ni pueden atribuirse tampoco á los múltiples procesos que tienen por campo de operaciones el tegumento cutáneo; debemos, pues, no olvidar que los bromuros y ioduros producen en la piel gangrenas múltiples diseminadas, y que mientras no existan poderosas razones para explicar su génesis por otros mecanismos, estamos en el caso de investigar si estas gangrenas pueden ser in-

cluídas en el grupo de las erupciones medicamentosas, iodo ó bromopotásicas. Debe también tenerse en cuenta, repetimos, cuál es el estado de resistencia del enfermo antes de establecer una enérgica medicación iodurada, y ser muy parcos en el uso de este medicamento cuando se trata de sujetos profundamente debilitados.

En este caso, como en todos en que el organismo experimenta hondas alteraciones nutritivas en sentido deficiente, las erupciones medicamentosas se desarrollan con más exuberancia, y su malignidad alcanza un grado tal de gravedad que puede comprometer la vida del sujeto. Esto es, después de todo, lo que tiene lugar en los demás procesos; la resistencia individual informa el pronóstico y señala las complicaciones.

La forma *nudosa*, semejante á los gomas ó á los eritemas indurados, es otra de las manifestaciones cutáneas iodo-potásicas. Son tumoraciones duras, redondas, de diversos tamaños, de color rosa pálido, teniendo su asiento en la piel ó en el tejido subcutáneo, extendidas por diversas partes del cuerpo, pero especialmente en las extremidades inferiores; estas nudosidades pueden reblandecerse, perforar la piel y producir ulceraciones, que algunas veces se hacen vegetantes; es de gran interés clínico el tener presente esta forma de toxidermia iodopotásica, porque un error de apreciación interpretando los gomas como derivados de un proceso sifilítico en sus últimas etapas, y en el que el ioduro á manos llenas satisface una suprema indicación, calcúlese cuáles habían de ser las consecuencias para el enfermo al hacerlo así, aumentando como es consiguiente la intoxicación y todos los fenómenos de ella derivados. Basta y sobra con lo dicho para hacerse cargo de la importancia que posee el conocimiento de la toxidermia iodo-potásica, y lo necesario que es en la vida profesional el descontar la etiología medicamentosa de otras causas productoras de diversas erupciones.

El *mercurio* es otro de los medicamentos que está constantemente en las manos de los médicos, y su uso no solamente para las enfermedades llamadas hoy avariosis, sino para otras muchas del grupo de los procesos sépticos ó simplemente como laxante ó antihelmíntico. Estudiaremos tan sólo los efectos debidos al mercurio ingerido, no al mercurio aplicado, porque el eritema mercurial que ocasionan las fricciones con su pomada es conocido de todo el mundo. No debemos pasar en silencio un hecho negativo de observación, muy curioso é interesante y que tiene lugar en la toxidermia mercurial: éste es la carencia de estomatitis; es decir, que no son simultáneas esta gingivitis peculiar característica de la intoxicación mercurial con la toxidermia que nos ocupa.

El tipo eruptivo de ésta es el *eritema*, así como en la toxidermia iodo-potásica hemos visto que la vesícula, la ampolla, la pústula y la

úlcera están bajo su dependencia; en la intoxicación mercurial es, hablando en tesis general, el eritema la única manifestación reveladora; porque si bien es cierto que cuando este eritema alcanza un grado extraordinario de intensidad presenta vesículas pequeñas parecidas á la miliar en el fondo eritematoso, es cierto también que estas vesículas no se rompen sino rara vez, y al hacerlo no dan lugar á la secreción serosa, como acontece en el eczema, sino que camina rápidamente á la desecación y á la formación de escamas. Esta rubicundez se presenta unas veces en determinadas regiones y otras invadiendo una gran extensión en la superficie cutánea bajo la forma de placas rojas elevadas, simulando la urticaria; otras son planas y sin el menor relieve, presentándose en todas prurito en grado variable; la tumefacción es más acusada cuando las placas se desarrollan en la cara, pero en todas partes desaparecen en breve plazo sin dejar huellas de su paso; las mucósas son generalmente respetadas.

Es cierto que á veces puede esta toxidermia tomar el tipo purpúreo, sobre todo en las extremidades inferiores; y cuando se trata de sujetos profundamente debilitados ó portadores de lesiones pulmonares, cardíacas ó hepáticas, en cuyo caso la gravedad puede acentuarse y comprometer la vida del sujeto; otro tanto pudiera decirse cuando estos accidentes tienen lugar en los niños, haciéndome recordar á este propósito lo que me ocurrió con un heredo-sifilítico no hace tal vez un año, y de tres de edad, y en quien una simple fricción mercurial, donde habría escasamente medio gramo de pomada, le produjo fenómenos de tal gravedad que la niña estuvo á punto de sucumbir. Por fortuna me hice cargo en el acto de la situación y pude corregir, no sin trabajo, aquel conjunto de síntomas que con tendencias al colapso amenazaban de cerca aquella débil existencia.

Además de los ioduros y de los mercuriales, vamos á ocuparnos por último del arsénico y sus compuestos, por ser otro de los medicamentos que entran en el arsenal terapéutico, que de continuo se formulan y cuyas manifestaciones cutáneas y mucosas conviene conocer.

Los arsenicales ingeridos á la usanza antigua (arseniato de sosa) ó á la moderna (arrhenal) son empleados por todo el mundo profano cuando ve aparecer en su piel *granos* que se declaran en rebeldía, y por los médicos no especialistas cuando son consultados por los enfermos cutáneos. Justificamos hasta cierto punto este abuso que por médicos y vulgo se viene haciendo del arsénico en el tratamiento de las afecciones cutáneas, porque tenía que dar su fruto la predicación de tantos años preconizando sus virtudes. Hoy las tendencias son á moderar algún tanto su uso, pero en verdad toda-

vía se sigue prescribiendo con perniciosa prodigalidad; porque si bien es cierto que el arsénico es útil en algunas dermatosis, como por ejemplo en el psoriasis y en el liquen, en otras muchas es perfectamente inútil, y no pocas veces altamente perjudicial.

No hemos de ocuparnos de la intoxicación aguda consecutiva á la ingestión de fuertes dosis de arsénico ni á la subaguda producida cuando el veneno ha sido ingerido á cortas dosis, insuficientes para producir la muerte rápida, pero lo bastante para hacer sucumbir al enfermo después de los accidentes repetidos por la lenta intoxicación.

El Dr. Méneau, que ejerce en la Bourboule (Francia), establecimiento hidro-mineral arsenical, de una potentísima mineralización, de tal suerte que el manantial caliente (58°) Choussy Perrière da veintiocho miligramos de arseniato de sosa por litro de agua, ha hecho un estudio clínico respecto á las alteraciones que el arsénico determina en la piel, cuyo trabajo puede ser leído con fruto por el que quiera profundizar más en estas cuestiones.

La *pigmentación* es la consecuencia del tratamiento arsenical prolongado, siendo en ocasiones de tal intensidad y extensión, que toda la piel aparece cubierta de una capa oscura, como pudiera estar la de un mulato, tinte más acentuado en los sitios fisiológicamente melanodérmicos, tal como axilas, cuello, regiones genitales, etcétera; pigmentación que cesa cuando cesa el tratamiento, si bien lo hace en ocasiones tres ó cuatro meses después de haber ingerido la última dosis de medicamento ó de haber puesto la última inyección; porque no está de más advertir que la melanodermia se produce igualmente cuando el arsénico es introducido en el organismo por cualquiera otra vía que no sea la gástrica; precisa también señalar que existen ejemplos de intoxicaciones accidentales determinadas por las ropas, que, teñidas por la fuchsina ó por el rojo de anilina, que contiene á veces fuertes cantidades de arsénico, ocasiona accidentes locales ó generales de suma gravedad: buena prueba es la historia referida por Seifert, en la que una señora, portadora de medias teñidas con un rojo de anilina que contenía arsénico, fué súbitamente acometida de todos los síntomas de gastroenteritis y de una nefritis hemorrágica, además de una erupción en las caras dorsales de ambos pies. Y el caso relatado por White, en el que un niño de pecho con intértrigo, y su madre con manchas oscuras simulando la pitiriasis maculata y circinata, se curaron con cambiarlos de habitación; la causa era los desprendimientos arsenicales de las telas empleadas en la tapicería, y en cuyo tinte entraba el arsénico. Pasando por alto los procesos eruptivos profesionales en los obreros que manejan pieles, telas y sustancias en las que el arsénico forma parte de los ingredientes usados en los tintes ó en su conservación,

daremos á conocer las manifestaciones cutáneas que el uso del arsénico determina, y que son unas veces eritematosas, con ó sin urticación, vesiculosas (zona arsenical), ampollosas, pustulosas é hiperqueratósicas, con localización preferente en las palmas de las manos y en las plantas de los pies. Por lo que respecta á lo consignado por ciertos autores de reconocida competencia, de que el cáncer epitelial puede ser ocasionado por el uso del arsénico, necesita verdaderamente una revisión detenida antes de inclinar el ánimo á la afirmación ó á la negativa; yo no he visto ningún caso entre los muchos cientos de cánceres epiteliales que he tratado, que me autorice á afirmar que la causa haya podido ser el uso más ó menos prolongado del arsénico; sin embargo, consigno la observación.

El *eritema arsenical* se acompaña á veces de gran prurito, sobre todo en el abdomen, muslos y órganos genitales; menos acentuado en la cara y parte superior del tronco. A los cinco ó seis días, y suspendido el tratamiento, todo ha desaparecido, anunciándose su terminación por una descamación furfurácea. A veces se presenta una papulación lenticular semejante á la sifilodermia papulosa, pero de tinte menos cobrizo.

Es importante conocer esta modalidad de la toxidermia arsenical, para salvar errores que podrían ser peligrosos en la práctica de la profesión.

Las petequias no difieren en nada de las erupciones petequiales comunes, á no ser por su especial localización en las partes genitales; lo mismo se puede decir del edema, aunque el de los párpados es el más frecuente.

Las erupciones vesiculosas (herpes) con diversas localizaciones son relativamente frecuentes en la comisura labial, aun cuando pueden aparecer en diversas partes, tal como brazos, manos, piernas, órganos genitales (herpes prepucial y escrotal). También se citan casos de zoster arsenical, en realidad poco convincentes, aun cuando las observaciones parecen hechas con cierta escrupulosidad.

Las erupciones ampollosas del tipo pénfigo se presentan más á menudo. Yo, en realidad, he visto pocas veces estas alteraciones dérmicas debidas á la intoxicación arsenical, lo que acaso tenga su explicación en que no empleo el arsénico á dosis elevadas más que en dos casos: en el liquen plano, enfermedad poco frecuente en nuestro país, y en el psoriasis, que aun cuando más común que el liquen, tiene tal cronicidad y rebeldía, que, unido á sus inevitables recidivas, desespera á los enfermos y no siguen con exactitud las prescripciones, porque llegan á perder la fe, no sin falta de motivo, en la medicina y en el médico.

¡Cuán verdad es lo que afirma nuestro eminente maestro el doc-

tor Besnier: blanquear un psoriasis es fácil; curarle ya es cosa bien distinta!

El gran Bazin, en sus lecciones teóricas y clínicas sobre las afecciones cutáneas artificiales, dice en la página 196 que una muchacha de diez y nueve años que ingresó en el hospital por un eczema generalizado de naturaleza dartrosa, de dos años de fecha, fué tratada por él con el arsénico, á dosis excesivamente cortas desde su ingreso. A los quince días se apercibe de un brote pustuloso en las regiones hipogástrica é hipocondrial derecha, llamando la atención, sobre todo, una ulceración profunda, redonda, sinuosa, con bordes cortados á pico y de un centímetro de diámetro: al apretarla entre los dedos da una resistencia muy marcada, debida á una infiltración dura, inflamatoria, que se extiende á su alrededor en un espacio considerable. Próxima á ésta existen dos anchas pústulas de apariencia ectimática, ligeramente exulceradas en su parte central, lesiones que no son otra cosa que la precedente en período menos avanzado, apreciándose además diseminadas por varios puntos pústulas nacientes ó pápulas que han de ser las pústulas del siguiente día, dado el crecimiento rápido de las lesiones. El aspecto, como se ve, era realmente grave, y todo comenzó á retrogradar inmediatamente una vez suspendido el arsénico, caminando todo hacia la curación en breve plazo.

La *hiperqueratosis palmar* y *plantar* es otra de las manifestaciones cutáneas que el uso prolongado del arsénico determina. La literatura médica está llena de casos enumerados por observadores de todos los países, confirmando la existencia de estas lesiones. Pero tiene de particular esta queratodermia, que casi siempre es circunscrita, y no invade la totalidad de las regiones palmares y plantares, viniendo precedida muchas veces de hiperemia, prurito é hiperidrosis. La lesión, en efecto, tiene el aspecto de callosidades semejantes á las de los obreros manuales, ó más bien como ojos de gallo, incrustada profundamente y dolorosa á la presión; sin embargo, algunas veces la piel tiene el aspecto achagrinado, dando esta sensación verrugosa típica al pasar los dedos por las regiones afectas. Dicha lesión no se limita á las palmas de las manos ni á las plantas de los pies, sino que se extiende al borde externo de las mismas, continuándose hasta los dedos, siempre en su cara palmar, si bien en la dorsal pueden existir también algunas lesiones. Obsérvase á la par una marcada simetría en las mismas, y en todas ellas existe la ya mencionada pigmentación, que es fiel compañera inseparable de todas las dermatosis arsenicales.

Por último, y para completar este rápido bosquejo, expondré la manera de comportarse el arsénico en la cura hidromineral termal, tal como se practica en los establecimientos, escogiendo entre ellos

el de la Bourboule, que, como todo el mundo sabe y como ha poco dijimos, son aguas arsenicales de exuberante mineralización. En primer término, el baño arsenical termal puede originar eritemas y pápulas, ora por la temperatura del agua, pero más especialmente por los principios que lleva en disolución, favorecida por la termalidad. Que estas erupciones son ocasionadas por el baño, lo demuestra el que desaparecen con la suspensión de éste y reaparecen si se continúa.

Claro está que á la larga, y obedeciendo á las leyes generales del hábito, y aguerrida la piel, se establece la tolerancia, y ésta ya no es impresionada á pesar de continuar la balneación.

Aparte de la cura tópica termal, y anotando tan sólo las observaciones hechas en los enfermos que usan el agua en bebida, han podido apreciar profesores que ejercen en estos establecimientos que el prurito cutáneo, acompañado de elevación térmica é hiperemia conjuntival, es una de sus primeras manifestaciones. Las dermitis erisipelatosas, linfitis reticular (Verité) suelen presentarse con alguna frecuencia durante esta cura hidromineral, de donde se deduce que esta práctica debe seriamente proscribirse en todas las erupciones vesiculosas en su período agudo, pues ya Bazin decía que todas se agravaban y otras aparecían con el uso intempestivo del arsénico. Se ha señalado por Verité la invasión brusca de un eritema papuloso urticado sobrevenido á uno de sus enfermos á consecuencia de la ingestión cuotidiana de dos vasos de agua de la Bourboule durante dos meses. Todo el cuerpo estaba invadido de pápulas rojas fugaces, un dedo estaba abultado enormemente, y una de las regiones malares estaba tan aumentada de volumen, que más bien parecía un flemón dentario que una pápula urticada. En resumen dice: las erupciones termales por absorción, aun cuando raras, no por eso dejan de observarse, y no se debe ver en ellas una prueba de saturación arsenical, sino una disposición electiva, individual, y además se ha visto que aquéllas se presentan preferentemente en los enfermos cutáneos que han sido sometidos ya á un tratamiento activo.

No nos cansaremos de repetir que el arsénico es el medicamento del que seguramente se hace más abuso, muchas veces inconscientemente, de una manera sistemática y rutinaria. Se le considera como la panacea universal contra las enfermedades cutáneas, y ciertamente sirve para bien poco. Muy á menudo con él se perjudican los enfermos; y tenga siempre presente todo médico práctico que los arsenicales tienen una contraindicación formal en todos los estados pruriginosos de la piel y en todos los períodos agudos de las dermitis exudativas. Limiten su uso en la terapéutica dermatológica, y los pacientes saldrán muy beneficiados. Resérvese para

ciertos casos, muy limitados por cierto; en cambio, prodíguese en otras enfermedades en las que realmente goza de una legítima supremacía y en los que convenga utilizar esas altas propiedades tónicas que positivamente posee.

Madrid, Agosto 1906.

---

## ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LA MUERTE DE GAMBETTA

Por el Dr. Spreáfico

Del Instituto Rubio.

Minutos antes de las doce de la noche del 31 de Diciembre del año 1882 moría en su châlet de Ville d'Avray, á consecuencia de una apendicitis, el gran patricio y eminente tribuno León Gambetta.

Este hombre original, precursor del movimiento anticlerical actual de nuestra ilustre y vecina nación la Francia, que lanzó la célebre frase «Le cléricalisme: voilà l'ennemi», moría de una perforación vulgar del apéndice íleo-cecal, á pesar de las notabilidades médicas que le cuidaban, y solamente á causa de los prejuicios y doctrinas médicas sustentadas en aquella época no lejana.

De nada sirvieron las advertencias y pareceres de su cirujano tratante: todos se estrellaron ante las opiniones reinantes entonces sobre la tiflitis; y si bien desde muchos años (1) atrás ya se habían publicado observaciones claras y precisas de diversos procesos apendiculares, y de la posibilidad de las supuraciones del apéndice, todo se subordinó al parecer reinante de la teoría de la tiflitis, ocasionando la muerte de este gran político, que, de ser intervenido á tiempo quirúrgicamente, hubiera continuado probablemente á dar gloria y ser útil á su patria.

No era la apendicitis en aquella época enfermedad nueva: era entonces un proceso desconocido, mal estudiado y peor observado,

---

(1) Mestivier: Sur une tumeur située proche à la region ombilicale du coté droit, occasionnée par une épingle trouvée dans l'appendice vermiculaire du cœcun *(Journal de Médecine, de Chirurgie, Pharmacie*, etc., t. X, p. 441, 1759).

Jabelot:: *Bibliotêque Médicale*, t. XLIII, p. 383, 1814. Observation recusillie par de Lens.

Louyer-Villermay: Observation pour servir à l'histora des inflammations de l'appendice du cœcum *(Archives générales de Médecine*, t. V, p. 246, 1824).

Mèlier: Mémoires et observations sur quelques maladies de l'appendice cœcal *(Journal général de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie françaises et étrangères*, t. C, p. 317, 1827).

con sintomatología idéntica á la actual, explicada por la concepción de la tiflitis, y que, á pesar de las observaciones dispersas de algunos autores que entrevieron las perforaciones y supuraciones apendiculares con peritonitis circunscritas ó generalizadas, no pararon mientes hasta que los cirujanos americanos Reginald Fitz, Weir, Smith, etc., y muy especialmente Mac Burney, hicieron desechar la doctrina de la tiflitis, demostrando por medio de las intervenciones y autopsias la veracidad de sus observaciones clínicas y lo bien fundado de la teoría.

No tardó mucho tiempo en propagarse á Europa los trabajos de los cirujanos americanos, y Treves, Fenwick, West, en Inglaterra; Micklülicz, Brenner, etc., en Alemania; Roux y Gauthier, en Suiza; y Schwartz y otros, en Francia, contribuyeron con sus operaciones y publicaciones en propagar la justa y exacta explicación de la apendicitis, echando por tierra la mal fundada teoría de la tiflitis, y deslindando para siempre los campos científicos de las falsas interpretaciones de los hechos clínicos, y salvando la vida á muchos enfermos que hubieran muerto al seguir interpretando sus lesiones con la antigua teoría.

La historia clínica de los quince días que duró la enfermedad de Gambetta, historia sencilla, ordinaria, de una apendicitis terminada por perforación, es una prueba de la gran influencia que ejercen en la mente de los más eminentes profesores las ideas preconcebidas, que influyen de una manera decisiva en los espíritus de observación más bien educada y de conocimientos extensos y mentalidad mejor cultivada.

Yo me figuro las contrariedades, disgustos y sinsabores que pasaría el profesor Lannelongue en las múltiples consultas que tuvo durante el padecimiento de Gambetta, y mucho más al tener la convicción absoluta de que existía una perforación intestinal, que quería tratar por una intervención quirúrgica, la única que él creía posible, y que fué rechazada en las diversas ocasiones que la propuso.

Llegaba á tal extremo su convicción, que dibujó á la pluma, delante de los profesores Siderey y Lioville, las lesiones que, según su parecer, debían existir (fig. 1.ª), que ha publicado en su obra de *Leçons de Clinique Chirurgicale*, y que, por autorización del eminente profesor, yo reproduzco, así como los demás dibujos de esta desaliñada disertación.

Pues bien: ese esquema lo hizo Lannelongue el día 20 de Diciembre, y seguramente no existían aún las lesiones que él creía encontrar en el ciego y apéndice, pues Gambetta no murió hasta el 31, y hubiera sido imposible la vida durante estos once días con lesiones tan avanzadas y destructivas.

Efectivamente, el dictamen de la autopsia y las figuras 2.ª y 3.ª demuestran que el apéndice vermicular estaba perforado en dos sitios distintos, y sus adherencias al ciego explican los múltiples trastornos intestinales que padeció el enfermo, así como las varias enfermedades agudas que tuvo del aparato digestivo desde muy joven, y que no eran otra cosa que apendicitis agudas y cólicos apendiculares.

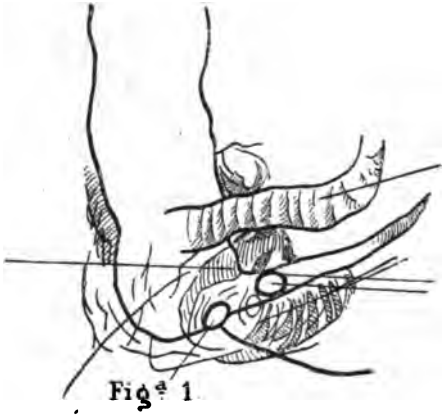


Fig.ª 1

Así lo estimaron los eminentes profesores que presenciaron y firmaron el dictamen de la autopsia, puesto que dijeron que el apéndice *estaba alterado desde antigua fecha*, y que fué esta lesión la que dió lugar á la peritiflitis supurada, que probablemente hubiera curado con la intervención propuesta por Lannelongue, si bien hubiera sido imposible probablemente verificar la extirpación del apéndice, dado lo avanzado de las lesiones, la inmovilidad de éste, ausencia de meso y adherencias al ciego.

Y ahora que la gran y justificada autoridad del profesor Dieulafoy, que hace ya años dijo que de apendicitis no se debía morir, se levanta en la Academia de Medicina de París para protestar contra las frecuentes intervenciones de apendicectomía, reviviendo la tiflocolitis, que no es otra cosa que una variación de la antigua tiflitis, creo yo que es la ocasión para que los cirujanos que hayan tenido que operar apendicitis en frío y en caliente protesten á su vez de la generalización de la abstención, que seguramente daría por resultado el que murieran enfermos que sin duda con la intervención curarían.

Es cierto que las inflamaciones del ciego pueden ser primitivas, permaneciendo el apéndice sano durante algún tiempo; pero sí es también seguro que si un enfermo ha padecido varios ataques de

tiflocolitis, aunque sea con períodos largos de calma, su apéndice, por la estructura y condiciones anatomo-fisiológicas que posee, enfermará, constituyéndose un círculo vicioso patológico que irá del ciego al apéndice y del apéndice al ciego, y que sólo la intervención quirúrgica podrá romper en beneficio de la salud del enfermo.

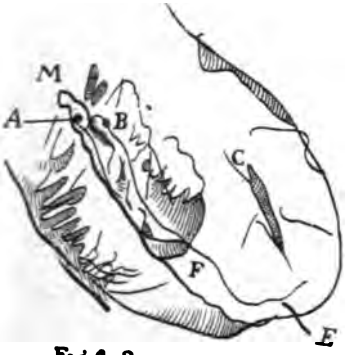


Fig.ª 2.

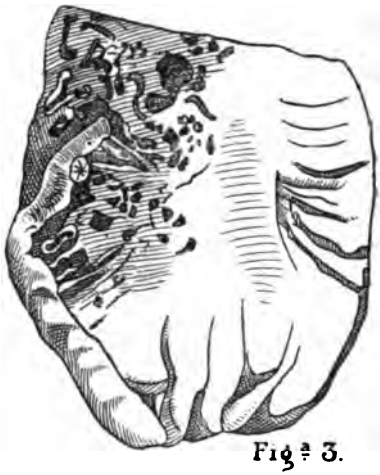


Fig.ª 3.

Por otras razones considero que en todo enfermo sujeto á frecuentes y repetidos ataques apendiculares, sea la causa primitiva la tiflocolitis, y en las cuales los tratamientos médicos, bien precarios, no han dado resultado alguno, la intervención por medio de la apendicectomía está indicada, pues con ella obtendremos la desaparición de los dolores y crisis apendiculares y la curación del paciente.

Y así como es cierto que en algunos casos, á pesar de la intervención, han durado algunos meses después las crisis de la región del apéndice, las que más tarde han desaparecido para siempre, y con apéndices sanos al parecer, luego el examen histológico nos ha demostrado lesiones avanzadas de su mucosa y musculosa (probablemente también existentes en el ciego), y que justificaban su extirpación.

He creído oportuno hacer estas consideraciones por ser de actualidad; terminando, copio el dictamen de la autopsia de León Gambetta y la carta-informe del Dr. Cornil, publicados en el ya citado libro de Lannelongue, los que dan más luz sobre el particular que todo lo que yo pudiera decir.

**Autopsia hecha á las nueve y media de la mañana del día 2 de Enero, estando presentes los Sres. Paul Bert, Charcot, Cornil, Trelat, Verneuil, Liouville, Lannelongue, Siredey, Duval, Fieuzal, Laborde, Guerdat, Gilles, Gibier.**

La rigidez cadavérica ha desaparecido. No existe señales de violencia en ninguna parte del cuerpo, salvo sobre la piel del miembro superior derecho.

En la palma de la mano, en el cruzamiento del pliegue de la eminencia tenar y de una línea transversal que sale de la base del dedo pulgar, se halla una cicatriz blanquecina apenas visible, recubierta de epidermis. En el lado interno del antebrazo, á cinco centímetros por encima de la apófisis estiloide del cúbito, existe una cicatriz rosácea de bordes un poco irregulares y que mide cinco milímetros en su diámetro mayor. El brazo herido es idéntico al del lado opuesto, por su volumen, su consistencia, su grado de conservación y por el color de la piel.

Las venas del miembro superior derecho son normales.

La piel de la región abdominal presenta en el flanco derecho señales de un vejigatorio. La epidermis, levantada por sitios en el abdomen, los muslos, la espalda, etc., por anchas flictenas debidas á la putrefacción cadavérica. No existe ninguna señal de solución de continuidad, antiguas ó recientes, de la pared abdominal.

Al abrir la cavidad craneana sale una cantidad grande del líquido empleado para la inyección conservadora.

Las meninges cerebrales se decortican con gran facilidad.

El cerebro está sano; pesa 1.600 gramos. Ha sido remitido á M. Duval, presidente de la Sociedad de Antropología.

El corazón es de volumen normal; pesa 400 gramos. El tejido célulo-adiposo, situado bajo el pericardio visceral alrededor del corazón, no está notablemente más engrosado que al estado normal. La aorta por encima de las válvulas sigmoídeas tiene una pequeña placa ateromatosa calcificada de 7 á 8 milímetros de diámetro. La pared muscular del corazón no está engrosada; las válvulas están sanas.

Las pleuras contienen un poco de líquido que proviene de la inyección conservadora.

Los pulmones están absolutamente libres, sin adherencias á la pleura parietal. Son un poco enfisematosos; en ellos no se encuentra señal alguna de lesiones patológicas antiguas ó recientes; no hay abcesos ni nódulos tuberculosos.

El tejido célulo-adiposo subcutáneo de la pared abdominal es espeso, de cuatro centímetros por encima de la cicatriz umbilical, de

ocho centímetros por debajo; presenta en la región hipogástrica dilataciones varicosas de las venas subcutáneas.

El peritoneo contiene gases fétidos y una pequeña cantidad de líquido sero-purulento colectado en las regiones declives. La superficie del peritoneo parietal es muy ligeramente rosácea y sin huellas de falsas membranas fibrinosas. Las asas del intestino están sin adherencias, y no presentan tampoco huellas de falsas membranas fibrinosas.

El hígado pesa 1.920 gramos. Es liso en su superficie, graso, sin cicatrices ni engrosamiento general ó parcial de la cápsula de Glisson. No tiene abcesos. El fondo de la vesícula biliar está unido al colon transverso por una adherencia. Está lleno de bilis y no contiene cálculos. Su pared está notablemente engrosada.

El bazo pesa 230 gramos. No tiene abcesos.

Los riñones se decortican fácilmente; el derecho pesa 160 gramos, el izquierdo 200 gramos. Su superficie es lisa, su apariencia normal. No tiene abcesos.

El intestino delgado y el grueso están muy distendidos por los gases. Los gases contenidos en el ciego se desplazan fácilmente por la presión, y suben entonces hacia el colon ascendente. Este último está menos dilatado que el ciego. El colon ascendente presenta un poco por encima del ciego un pliegue transversal, especie de estrechez relativa determinada por la presión del colon transverso.

La cara posterior del ciego está unida á la pared abdominal por antiguas adherencias resistentes. Despegando el ciego se descubre levantándolo un foco de infiltración purulento, anfractuoso, dividido por bridas de tejido celular, que contiene unas dos cucharadas de pus. Este foco se extiende hacia arriba hasta la parte inferior de la atmósfera adiposa del riñón derecho, adentro hasta la columna vertebral por detrás del músculo psoas, y abajo tiene una prolongación de tres á cuatro centímetros en la pequeña pelvis. Por fuera el foco está limitado del lado del peritoneo por las adherencias ya descritas; pero se propaga hacia adelante de la fascia ilíaca en el espesor del tejido conjuntivo subperitoneal. En continuidad con este foco existen en la pared ántero-lateral del abdomen, en el tejido celulo-adiposo subperitoneal del flanco derecho, islotes diseminados de tejido celular esfacelado, amarillento, tales como se hallan en los flemones difusos.

La porción terminal del íleo, el ciego y el colon ascendente han sido resecados para ser examinados detalladamente. El ciego abierto, se ve la válvula íleo-cecal prominente, análoga por su configuración al hocico de tenca. La prominencia que forma mide de tres á cuatro centímetros. En lugar de estar constituída por dos válvulas delgadas en íntimo contacto, la válvula íleo-cecal presenta un borde

circular espeso, indurado, y una abertura estrecha y plegada que apenas permite la introducción del dedo meñique.

Abiertos el intestino delgado y la válvula íleo-cecal, se comprueba por detrás de la estrechez de ésta una dilatación, después una nueva estrechez á 5 ó 6 centímetros de la válvula.

Se puede ver sobre la sección del intestino delgado que la prominencia y la estrechez de la válvula están determinadas por una invaginación de la extremidad inferior del íleo en el ciego. La mucosa del intestino delgado, al salir de la estrechez reviste toda la parte externa ó cecal del borde engrosado de la válvula. La mucosa así reflejada de dentro afuera tapiza un anillo fibro-muscular muy resistente, semitransparente, de 4 á 5 milímetros de espesor, que forma, por decirlo así, el armazón sólido de la prominencia de la válvula de Bauhin.

La mucosa del ciego y la del colon ascendente están más engrosadas que al estado normal. En la parte posterior del fondo de saco cecal, que está en relación con el foco purulento, la superficie de la mucosa es lisa como si estuviera extendida. En el colon ascendente la mucosa se hunde en los pliegues y anfractuosidades determinados por el relieve de las fibras musculares, pero no se encuentran en ellos ni ulceraciones ni perforaciones.

El apéndice cecal se abre en el fondo de saco del ciego por una abertura bastante ancha. Examinado en la superficie del ciego, el apéndice está fijo á éste contorneando su extremidad inferior; después se repliega de abajo á arriba, para pasar por debajo y por detrás del fondo de saco cecal.

En la primera parte de su trayecto, que mide 5 centímetros (figura 3.ª), el apéndice está recubierto como el ciego, al cual está adherente por la serosa peritoneal. Pero desde el punto en donde penetra por detrás del ciego, hasta su extremidad terminal en una extensión de 6 centímetros, el apéndice está situado en el tejido celular interpuesto al ciego y á la fascia ilíaca; es decir, en el foco purulento retro-cecal (1). Allí está dirigido de abajo arriba; adhiere á la pared posterior del ciego; está bañado en pus; está rodeado de un tejido conjuntivo de haces grisáceos, cuyas mallas están repletas de una sanie purulenta.

La superficie externa del apéndice es gris, irregular, plegada. Presenta á dos centímetros de su terminación un abombamiento irregular, debido á un engrosamiento de su pared. Al lado de esta induración se ve una pequeña ampolla saliente formada por una

---

(1) Esta disposición ha sido vista por la mayoría de los anatómicos, por M. Sappey en particular, hallándose algunas veces al estado anormal, hasta en los recién nacidos. Una vez sobre seis: Ch. Robin.

membrana muy delgada y blanda, retraída sobre ella misma y perforada en su centro.

Un poco por encima de esta perforación, que mide próximamente milímetro y medio de diámetro, existe otra perforación más pequeña y deprimida. Estas dos perforaciones comunican con la cavidad del apéndice.

Cuando, en efecto, se inyecta agua por la extremidad cecal del apéndice, el líquido sale por las dos perforaciones que acabamos de describir. Durante la inyección la ampolla se dilata y presenta una superficie hemisférica, el líquido sale en chorro por el agujero que presenta en su centro; cuando la inyección ha terminado, la membrana se retrae sobre sí misma formando pliegues.

Abierto el apéndice en toda su longitud, no se encuentra ningún cuerpo extraño. Su mucosa es lisa y normal en su primer tramo; irregular, gris, engrosada en diferentes sitios en su segundo tramo, sobre todo en su extremidad. Se adelgaza progresivamente al nivel de los puntos perforados, que parecen ser el fondo de ulceraciones que han destruído poco á poco la pared en totalidad.

Con objeto de elucidar la cuestión de si el engrosamiento de la mucosa era antiguo ó reciente, he hecho endurecer en alcohol absoluto un fragmento del apéndice, tomado en un punto donde su pared media un espesor de dos milímetros. En los cortes perpendiculares á la superficie se encuentran primeramente las glándulas en tubo, perfectamente conservadas, con sus células cilíndricas normales; por encima de las glándulas existe una capa espesa formada de tejido conjuntivo fasciculado, que contiene algunas vesículas adiposas, después las dos túnicas musculares, y por fin, en la superficie extrema y externa, se halla una capa bastante espesa de tejido conjuntivo. En esta última y en la capa muscular superficial se encuentra una cantidad grande de células linfáticas interpuestas á los haces conjuntivos y musculares; pero no existen células redondas migratorias en el tejido conjuntivo indurado situado por encima de las glándulas, ni en la túnica muscular de fibras anulares.

De este examen se puede dar la conclusión siguiente: Que la mucosa del apéndice estaba alterada mucho tiempo antes del principio de los accidentes agudos que han determinado la peritiflitis.

**Carta de Cornil á Lannelongue.**

Paris, 4 Enero 88.

Mi querido amigo: El examen que he hecho del ciego demuestra que existe una perforación doble del apéndice íleo-cecal, cuya descripción es la siguiente: El apéndice sale en E del ciego (fig. 2.ª); toda la primera porción del apéndice de E á F está libre, lisa, en la

cavidad del peritoneo que la recubre; pero de F á su extremidad terminal M es adherente á la cara lateral y posterior del ciego, á lo largo del cual sube, y está comprendido en el foco purulento.

El apéndice es grueso, distendido en su primer tramo; en el segundo está plegado, irregular, y sus paredes están engrosadas. En B existe una dilatación notable con adelgazamiento de su pared, y una perforación en el vértice de esta pequeña dilatación cupuliforme. En A existe otra perforación muy pequeña.

En el apéndice abierto no se encuentra cuerpo extraño alguno, pero observamos engrosamientos irregulares de su pared, que parecen ser debidos á infiltraciones de la pared por el pus.

Te pongo al corriente de esta lesión, que describiré completamente, que he hecho dibujar y que responde á la descripción, se puede decir clásica, de las perforaciones del apéndice en la peritiflitis.

---

## LA SEMEYÓTICA PUPILAR EN NEUROPATOLOGÍA

Por el Dr. E. Fernández Sanz

**Médico numerario del Hospital de la Princesa, por oposición; Médico numerario de la Beneficencia municipal, por oposición; Médico director habilitado de Aguas minerales, por oposición.**

### III

### SÍNTOMAS PUPILARES EN LAS NEUROPATÍAS ORGÁNICAS

La discusión analítica de los fundamentos anatómicos y fisiológicos y de los caracteres patológicos generales de las alteraciones de la pupila, efectuada en los capítulos anteriores, me permitirá ser conciso en la exposición de su sintomatología especial, circunscribiéndome á la enumeración de los trastornos, tanto estáticos como dinámicos, del iris que se observan en las diversas enfermedades nerviosas y mentales, señalando su respectivo valor diagnóstico y razonando su patogenia particular siempre que ésta tenga algo digno de especial mención.

Divido para este objeto las neuropatías en dos grandes grupos, orgánicas y funcionales, sin negar lo artificioso y convencional de esta división, pero reconociendo también que es prácticamente muy útil, pues establece dos grupos dotados de suficiente homogeneidad, y, á mayor abundamiento, está plenamente justificada en este lugar, pues es muy distinto el modo de conducirse la pupila en unas y otras, y hasta el valor diagnóstico de los signos pupilares varía considerablemente según se trate de neuropatías con lesión estructural aparente ó de las llamadas neurosis. Reuniré á éstas con las

psicosis, consagrándolas el último capítulo del presente trabajo, fundándome para esta aproximación no sólo en las múltiples analogías generales de ambos órdenes de enfermedades, sino también en sus particularísimas semejanzas bajo el punto de vista de la semeyología pupilar.

Al ocuparme de las neuropatías orgánicas, seguiré el orden topográfico de los órganos en que radican las lesiones principales, comenzando por las meninges cerebrales y terminando por los nervios periféricos; es éste el método seguido en la mayoría de los tratados de Neuropatología, y me parece el más oportuno para evitar la omisión de algún proceso morboso.

Pero antes de empezar á tratar del estado de las pupilas en la meningitis, afección á la que corresponde el primer lugar, según el criterio adoptado, debo hacer algunas breves indicaciones, justificadas por la gran importancia práctica del asunto, sobre la influencia que en la pupila ejercen los traumatismos craneales. Desacreditada, por sobrado teórica, la clásica división de los fenómenos cerebrales traumáticos en conmoción, compresión y contusión cerebral; depreciado el concepto de conmoción por ser factor común de la mayoría de los traumatismos craneales, de los más leves como de los más graves, y por no requerir intervención quirúrgica, siendo fácilmente dominado por los cuidados higiénicos y por alguna discreta acción farmacológica; desvirtuada la noción de contusión cerebral por no responder á ninguna realidad anatómica comprobada, queda, de los tres términos tradicionales, tan sólo subsistente el de compresión cerebral, el único verdaderamente importante bajo el punto de vista del pronóstico y del tratamiento quirúrgico, y el único, por consiguiente, que requiere atento y minucioso diagnóstico, fundado en el mayor número posible de datos concretos. Averiguar si existe el peligroso estado denominado compresión cerebral, investigar si esta compresión es difusa ó localizada en un punto determinado, al cual pueda encaminarse la intervención operatoria, ésta es la obligación capital del médico en presencia de un traumatizado de cráneo.

Como en muchos casos no es posible por los solos signos exteriores determinar el sitio de la lesión causante de la compresión cerebral, ni siquiera el lado en que radica; como, por otra parte, el estado comatoso del enfermo impide apreciar si hay hemiplegia, se han buscado en el estado de la pupila y de sus movimientos signos reveladores del lado en que asienta la lesión compresora.

Por desgracia, estas investigaciones no han permitido aún encontrar un indicio seguro que guíe la mano del cirujano; el estado de las pupilas varía considerablemente de un caso á otro, y no permite la deducción de conclusiones de aplicación general; á lo sumo,

puede decirse que lo más frecuente es la dilatación y la inmovilidad pupilar, cual corresponde á una lesión cortical irritativa; pero no son raros los casos de compresión cerebral en que las pupilas conservan su diámetro y su movilidad normales.

He examinado sistemáticamente las pupilas de los numerosos traumatizados de cráneo con síntomas de compresión cerebral que he tenido ocasión de observar en mis servicios de guardia de la Beneficencia municipal y del Hospital de la Princesa, y como resultado de esas repetidas investigaciones he llegado á la conclusión de que el estado de las pupilas en tales pacientes es muy variable: unas veces están las dos dilatadas y rígidas ó, al menos, reaccionan perezosamente; otras, hay miosis ó son desiguales, y á menudo presentan dimensiones y movimientos completamente normales, habiendo observado esta última condición en varios casos de compresión cerebral típica, atestiguada no sólo por los síntomas clínicos, sino confirmada también por las lesiones apreciadas en la intervención operatoria ó en la autopsia.

Tal ocurrió en el caso de un suicida operado por mi compañero de la Beneficencia general Dr. Slocker La Rosa, que estaba en coma profundo, con hemiplegia izquierda, exaltación de los reflejos tendinosos en ese lado, etc., producido todo ello por una hemorragia de la meníngea media derecha, en el cual las pupilas, exploradas inmediatamente antes de comenzar la operación, tenían el diámetro fisiológico y reaccionaban normalmente á la luz, aunque no respondían al reflejo sensitivo (dicho se está que el estado del enfermo impedía investigar la reacción de acomodación-convergencia). En suma, las pupilas no se conducen de un modo uniforme en los casos de compresión cerebral, y no dan indicios para determinar el lado en que radica la compresión.

Este resultado negativo se comprende recordando las múltiples y contradictorias influencias que actúan sobre las pupilas, la sinergia que entre ambas existe y la acción bilateral que sobre ellas ejercen los hemisferios cerebrales.

*La pupila en las meningitis cerebrales.*—A propósito de estos procesos morbosos puede repetirse mucho de lo que acabo de decir acerca de la compresión cerebral, lo que es muy lógico, pues en la patogenia de los síntomas de las meningitis cerebrales juega muy importante papel el aumento de la presión intracraneal.

Es muy variable el estado de la pupila en estas afecciones, y en balde buscaremos en aquélla un signo de valor diagnóstico indiscutible é inequívoco. Sin embargo, en medio de esta diversidad de apariencias hay cierta uniformidad fundamental, aunque sujeta á múltiples excepciones, en los caracteres de la pupila en las meningitis, y por esta razón no debe, en manera alguna, prescindirse del

examen pupilar cuando de establecer el diagnóstico de meningitis se trate: podrá no ser más que relativa la importancia de los resultados que se obtengan; pero no por eso deben desdeñarse.

En primer término, el solo hecho de apreciar alguna anormalidad persistente en la condición de las pupilas es un indicio importante, en los niños sobre todo, para pensar en una lesión orgánica de las meninges y para distinguir la meningitis propiamente dicha de esos estados pseudo-meningíticos tan frecuentes en las afecciones abdominales y torácicas de la infancia.

En general, la pupila está contraída y perezosa en el primer período de las meningitis agudas, y dilatada é inmóvil en el segundo: ésta es la doctrina admitida en los tratados didácticos (véase, entre otras obras modernas, Allen Starr: *Organic Nervous Diseases*. Londres, 1904); y como el primer período de las meningitis se considera como irritativo, y el segundo como paralítico, he de tratar de explicar la patogenia de los trastornos pupilares meningíticos con arreglo á ese criterio clásico.

Una meningitis aguda generalizada puede actuar sobre la pupila, ó directamente por acción sobre el óculo-motor, ó indirectamente por intermedio de la corteza cerebral: en el primer caso, en el de acción inmediata sobre el óculo-motor, una lesión irritativa determinará la miosis, y una destructiva la midriasis; por consiguiente, en el primer período, en el irritativo de las meningitis, habrá miosis; y en el segundo, en el paralítico, midriasis; por el contrario, en el segundo caso, en el de acción cortical, la lesión irritativa y, por tanto, el primer período de la meningitis producirán midriasis, y la lesión de déficit y, por lo mismo, el período paralítico determinarán miosis.

Esta explicación patogénica, fundada en el mecanismo de los reflejos pupilares, concuerda en su primera parte, en la relativa á la acción sobre el óculo-motor, con las afirmaciones clásicas; pero no así en su segunda parte, en la que se refiere á la intervención de la corteza: en este punto existe una aparente contradicción entre la realidad y la hipótesis, que debe ser explicada satisfactoriamente, y yo creo que podemos conseguirlo razonando como sigue: la meningitis, en su primer período, da lugar á una irritación de todos los territorios nerviosos, y, por consiguiente, excita á los dos mecanismos antagónicos que rigen el iris, el óculo-motor, principalmente accionado por la impresión luminosa que contrae la pupila, y el cortical, que la dilata, respondiendo á todas las restantes impresiones sensitivas, sensoriales y psíquicas; pero estos dos mecanismos no son idénticamente poderosos, sino que el irido-constrictor, según demuestran la anatomía normal, la fisiología y la anatomía patológica, es más enérgico que el irido-dilatador, el cual, según se ha di-

cho en capítulos anteriores, se limita á ejercer una transitoria acción inhibidora sobre el primero; por consiguiente, aun suponiendo que ambos reciban simultáneamente el mismo estímulo, siempre el más fuerte se sobrepondrá al más débil, y la resultante de estos impulsos contrarios y desiguales será la miosis, determinada por la predominante exaltación del tono del óculo-motor. En el segundo período ó paralítico, ambos mecanismos antagonistas se agotan; el cortical deja de ejercer su acción inhibidora; pero también el óculo-motor se debilita, y á la hipertonia primitiva sucede una relajación que se traduce por la dilatación pupilar. He aquí cumplidamente explicados, con arreglo á los fundamentos fisiológicos, los sucesivos aspectos que la pupila presenta en el curso de la meningitis; pero estos argumentos, aunque muy lógicos, son puramente teóricos, y no pueden compensar la falta de pruebas más objetivas, de hechos anatomo-patológicos que demuestren la realidad de la interpretación hipotética que la razón considera como más probable.

Si de la comparación de observaciones clínicas minuciosamente seguidas con las lesiones apreciadas en la autopsia pudiera deducirse la consecuencia de que á trastornos anatómicos de localización diversa corresponden síntomas pupilares diferentes, sería posible justipreciar el valor real de la hipótesis que acabo de exponer, alcanzando ésta un alto grado de certeza si se lograra demostrar que en las meningitis de la convexidad es más frecuente y más persistente la midriasis y en las de la base la miosis; pero á pesar de la abundante casuística que he procurado reunir á propósito de estos asuntos, no he encontrado ningún hecho que confirme este supuesto. Bumke, en su documentadísima obra, plantea este mismo problema de la doble influencia de la irritación cortical y del óculo-motor en los trastornos pupilares meningíticos, y también le deja sin resolver, limitándose á citar un caso de Kocher que parece demostrar el papel predominante de la compresión del cerebro en la génesis de la midriasis, pero que no es en mi opinión tan decisivo como Bumke supone; se trataba de una hemorragia traumática de la meníngea media, que dió lugar á un abundante derrame sobre la convexidad derecha y que presentaba como síntomas oculares midriasis con rigidez pupilar absoluta y además paresia del óculo-motor, todo ello en el lado derecho, con integridad de la pupila izquierda. La operación tuvo como consecuencia la inmediata desaparición de la midriasis y de la rigidez pupilar, mientras que los restantes síntomas de paresia del óculo-motor fueron desapareciendo más lentamente; de esta evolución parece, pues, desprenderse que la dilatación y la inmovilidad de la pupila eran debidas á la compresión de la corteza cerebral, puesto que desaparecieron al mismo tiempo que

ésta; pero la complejidad sintomática del caso resta claridad á las conclusiones que de él pueden deducirse.

En las meningitis subagudas, y especialmente en la más típica de todas, en la tuberculosa, obsérvanse los mismos síntomas pupilares que en las agudas, sin más diferencia que las impuestas por las variaciones de localización de las lesiones, que en estos procesos lentos suelen ser más circunscritas, más especialmente determinadas en ciertas regiones, que en los de evolución rápida.

Especialmente en las meningitis de localización basilar, es frecuente la participación en grados diversos del óculo-motor, que se traduce por variados fenómenos pupilares; además, no debe olvidarse que las alteraciones concomitantes de la vía óptica, y aun del mismo fondo del ojo (tubérculos coroídeos), pueden dar lugar á perturbaciones del diámetro de la pupila y de su reacción luminosa (miosis coexistente con la fotofobia, midriasis por disminución de la agudeza visual). En relación con estos múltiples factores, son muy variados los signos pupilares de la meningitis tuberculosa, siendo el más constante de todos la pereza motora, que puede llegar á ser inmovilidad absoluta, ya con miosis, por contractura del esfínter, ó más frecuentemente con midriasis, por parálisis del mismo; también se observa la desigualdad pupilar, variando de un momento á otro las dimensiones relativas de ambas pupilas, y el *hippus;* en el período final son la regla la midriasis y la rigidez absoluta.

En las meningitis crónicas varían los síntomas pupilares al azar de las localizaciones anatómicas; de ellas me ocuparé más adelante al tratar de la sífilis cerebral y de las oftalmoplegias internas; básteme decir en este lugar que en el hidrocéfalo suele observarse dilatación pupilar con movilidad conservada.

*Lesiones cerebrales en foco: hemorragias, reblandecimientos, abscesos, tumores.*—En las lesiones vasculares es escasa la importancia de los síntomas pupilares, pudiendo decirse que se limitan á los que se observan en el período inicial ó de *ictus*. En la apoplejía por lesión cerebral en foco acostumbran las pupilas á estar dilatadas é inmóviles, sobre todo si se trata de hemorragia, diciéndose que en este caso la midriasis es mayor en el lado correspondiente á la lesión (Allen Starr, op. cit.). Esta dilatación pupilar se considera como un signo diagnóstico de importancia para distinguir la apoplejía cerebral de otros estados análogos, como la uremia comatosa y la intoxicación aguda por el opio, que se acompañan de miosis.

Pasado el ictus, en el período de hemiplegia confirmada, faltan los trastornos pupilares, á no ser que la lesión interese á las raíces ó al núcleo del óculo-motor, en cuyo caso entran en la categoría de las oftalmoplegias internas, y con éstas serán estudiadas; en tales casos su importancia es grande para la localización exacta del foco

hemorrágico ó encéfalo-malácico. También puede haber alteraciones pupilares en los casos de reblandecimiento cerebral, pero deben atribuirse, no á la lesión local, sino á los trastornos difusos coexistentes, á la arterio-esclerosis cerebral, que será examinada en párrafo aparte.

Es digna de atención esta falta de síntomas pupilares en las lesiones circunscritas de los hemisferios cerebrales, sea cual fuere su localización. Ni las alteraciones limitadas de la corteza, ni las del centro oval, ni las de la cápsula, ni las de los ganglios basales, dan lugar á síntomas pupilares, haciendo su aparición éstos, como signos de lesión en foco, cuando éste interesa al tallo cerebral desde los tubérculos cuadrigéminos hacia abajo; estos hechos de observación clínica están plenamente de acuerdo con el resultado de los experimentos de Bach y Meyer, citados anteriormente (véase el capítulo II), los cuales han extirpado en el gato todo un hemisferio cerebral, sin que la movilidad del iris sufriera alteración, y aun en la extirpación de los dos hemisferios persistía el reflejo luminoso, si bien estaba abolido el sensitivo. Estos hechos clínicos y experimentales sólo pueden interpretarse en el sentido de que los movimientos pupilares no están representados en la corteza cerebral por ningún centro circunscrito, sino que sobre ellos ejerce influencia todo el manto de sustancia gris, y por tanto ninguna lesión cortical en foco puede alterarlos de un modo directo y definido.

Con los abscesos cerebrales ocurre lo mismo que con los focos de hemorragia y de reblandecimiento; sólo dan lugar directamente á síntomas pupilares cuando interesan á la región del núcleo del óculo-motor ó sus raíces; en los casos restantes, si existen alteraciones de la pupila son de determinación indirecta, por intermedio de la meningo-encefalitis difusa concomitante, y entonces son los fenómenos pupilares muy análogos á los descritos al tratar de la meningitis: miosis en el primer período y midriasis con inmovilidad en la etapa final.

Los tumores cerebrales dan lugar á trastornos pupilares por mecanismos diversos: pueden interesar directamente al óculo-motor ó á sus raíces ó núcleo de origen, ó bien al nervio óptico ó á la vía óptica central; en el primer caso entran en la categoría de las oftalmoplegias internas, y en el segundo en el de la *reflextaubheit* ó ceguera refleja, y tanto en uno como en otro deben considerarse aquellos trastornos como síntomas locales de gran valor para el diagnóstico topográfico del tumor. Otras veces las perturbaciones de la pupila tienen la significación de síntomas indirectos, determinados por el aumento de presión intracraneal, y más especialmente por las alteraciones del nervio óptico (neuritis óptica, disminución de la agudeza visual, consciente y refleja); en estos casos se suele obser-

var primero miosis y después midriasis y rigidez luminosa refleja (Ormond: *Lancet*, núm. 4.307, 1906). Es también bastante frecuente la anisocoria (Bumke, op. cit.); de 100 casos de tumor cerebral con autopsia estudiados por Reh (*Monatsschrift für Psychiatrie*, Bd. XV, 1904) había anisocoria en 29. E. Müller (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Bd. XII, 1902) ha reunido 43 casos de tumores del lóbulo frontal, en 10 de los cuales había anisocoria, añadiendo que por regla general era la pupila del lado de la lesión la más dilatada. Como síntesis de las numerosas observaciones, algunas de ellas contradictorias, acumuladas acerca de este asunto, puede afirmarse que el más constante trastorno pupilar en los tumores cerebrales es la midriasis con pereza de la reacción luminosa, siendo frecuentemente el grado de dilatación diverso en ambas pupilas.

*Lesiones cerebrales difusas: parálisis general, sífilis cerebral, arterio-esclerosis cerebral.*—Contrasta con el escaso valor diagnóstico de los síntomas pupilares en las lesiones cerebrales en foco su gran importancia en las difusas, en las cuales ocupan lugar muy preferente. De todas las enfermedades que en este grupo anatomopatológico pueden incluirse es la más interesante la *parálisis general;* en su diagnóstico juegan papel tan importante los signos pupilares, que muchas veces tienen un valor decisivo, sólo comparable al que alcanzan en otra enfermedad con la que tiene íntimas relaciones, en la tabes dorsal.

El síntoma pupilar más típico de la parálisis general es el signo de Argyll-Robertson; y como de él me he ocupado ya extensamente en el capítulo anterior, definiéndole con toda la precisión posible, describiendo minuciosamente sus caracteres y exponiendo sus probables fundamentos patogénicos, me limitaré aquí á discutir su valor como signo diagnóstico de esta enfermedad. Bumke (loc. cit.) le considera como el más frecuente y el más importante de los trastornos pupilares de la parálisis general; de la suma de varias estadísticas, que ascienden en junto á 3.296 casos, deduce que se presenta como rigidez luminosa completa en un 45,40 por 100, y como rigidez sólo relativa en 28,30 por 100, siendo el reflejo luminoso normal solamente en un 26,30 por 100; es decir, que en las tres cuartas partes de los casos de parálisis general se observa la rigidez luminosa refleja completa ó incompleta, y próximamente en la mitad se aprecia el signo de Argyll-Robertson en toda su pureza; añádase á esta frecuencia de su presentación en esta enfermedad lo extraordinariamente raro de su aparición en otras afecciones, exceptuando la sífilis cerebral y la tabes dorsal, que tan íntimas conexiones tienen con aquélla, y fácilmente se comprenderá el gran valor diagnóstico de este signo.

Casi todos los autores están conformes en conceder el primer puesto entre los síntomas pupilares de la parálisis general al signo de Argyll-Robertson; Kerfoot Shute (loc. cit.) dice que lo más común es la contracción del esfínter del iris por parálisis del dilatador, debida á una lesión de la inervación simpática, añadiéndose á esta miosis la abolición del reflejo luminoso; aunque esta interpretación patogénica no sea exacta, el fenómeno que el autor describe es el signo de Argyll-Robertson, acompañado de la miosis que, según Bach (véase el capítulo II), le caracteriza en los casos típicos.

Jocqs (*XV session du Congrés français des Médecins alienistes et neurologistes,* Rennes, 1905), en cambio, no concede al signo de Argyll-Robertson la importancia que generalmente se le asigna, diciendo que no se presenta nunca en la parálisis general con la pureza que en la tabes dorsal; según él, lo que se observa en la primera de estas enfermedades es una oftalmoplegia interna progresiva que comienza por la paresia, gradualmente en aumento, hasta convertirse en parálisis del esfínter del iris, apareciendo después la parálisis del músculo acomodador.

En un estudio sobre *el reflejo luminoso en la parálisis general,* Marandon de Monthyel (*Archives de Neurologie*, núm. 114, 1905) afirma como resultado de la observación de 140 enfermos, seguidos durante todo el curso de su dolencia, que la anormalidad del reflejo luminoso, permanente ó transitoria, existe en las tres cuartas partes de los casos; además, en los de evolución completa, es decir, en aquellos que terminaron por caquexia paralítica, se observó con constancia absoluta la anormalidad del reflejo luminoso en alguna época del curso de la enfermedad; la anormalidad consistía en la inmensa mayoría de los casos en la disminución ó abolición de la reacción luminosa, y sólo muy excepcionalmente y de un modo transitorio se observó la exageración de la misma; la frecuencia y la intensidad de las alteraciones fueron en progresivo aumento desde el período inicial al terminal.

En armonía con la nueva teoría acerca de la intervención de la medula cervical y del bulbo en el reflejo luminoso, se ha tratado de explicar la presencia del signo de Argyll-Robertson en la parálisis general por una lesión de los cordones posteriores de la medula cervical, considerándole como un fenómeno de abolengo tabético; el hecho es que en la parálisis general de forma tabética es este signo más frecuente que en la de forma espástica (Moeli, citado por Bumke, op. cit.); pero como en ésta también se observa bastantes veces, no es lógico considerarle en todos los casos como debido, no á la parálisis general, sino á la tabes con ella asociada. Muy diferente es la opinión de Dupuy-Dutemps, quien, como se recordará (véase el

capítulo II), supone que la lesión responsable del signo de Argyll-Robertson radica en el ganglio oftálmico.

Otro signo pupilar importante y frecuente de la parálisis general es la anisocoria; pero su valor diagnóstico es menor que el del signo de Argyll-Robertson, porque se observa en muchas otras enfermedades. La anisocoria es á veces simple, pero en general coincide con la rigidez luminosa completa ó incompleta, unilateral ó de desigual intensidad en ambos lados. Se concede mayor importancia que á la anisocoria permanente, es decir, con relación inmutable entre los diámetros de ambas pupilas, á la llamada midriasis alternativa ó *springende Mydriasis,* en la que la dimensión comparada de las dos pupilas varía de un momento á otro.

Otros síntomas pupilares menos importantes son: la reacción luminosa paradójica, la abolición del reflejo sensitivo, con desaparición de la inestabilidad pupilar fisiológica, y la rigidez total (midriasis paralítica por oftalmoplegia interna); éste sería el verdadero trastorno pupilar característico de la parálisis general, según Jocqs (véase más arriba) y Ballet (*Le Progrès Médical,* 10, 1893, citado por Bumke), pero las vastas estadísticas modernas son contrarias á esta opinión.

La irregularidad del contorno pupilar se observa frecuentemente en los paralíticos generales, por regla general asociada á la anormalidad del reflejo luminoso, y por eso su interés diagnóstico se subordina al de este último signo. Dupuy-Dutemps explica la coexistencia de ambos fenómenos, considerándolos producidos por una misma lesión del ganglio oftálmico.

Toulouse (*XIII session du Congrès français de médecins alienistes et neurologistes*, Bruxelles, 1903) ha descrito las modificaciones que experimenta en la parálisis general la reacción de la pupila á los agentes químicos irido-motores; distingue un período latente, un período de reacción, durante el cual la midriasis ó la miosis alcanza un grado máximo, y un período de persistencia del fenómeno; el período de reacción parece algo más largo en los paralíticos generales, pero el carácter más notable es la prolongación del tercer período, que puede llegar á ser de duración tres veces mayor que la normal; Toulouse explica esta persistencia de la reacción provocada por una disminución de las influencias corticales que permite la prolongación de los efectos del agente químico sobre la motilidad del iris.

Finalmente, Weiler (*Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie,* Munchen, 20-22 de Abril de 1906) ha descrito un nuevo signo pupilar de la parálisis general, consistente en la abolición del *reflejo luminoso secundario*, nombre con que designa el siguiente fenómeno normal: por la iluminación de un solo ojo se con-

traen ambas pupilas, presentando un mismo diámetro constante; pero si manteniendo la iluminación del primer ojo se ilumina el otro con una cantidad de luz igual á la primera, se produce en ambas pupilas una nueva contracción; esta segunda reacción faltaría, según Weiler, en el 96 por 100 de los paralíticos que conservan el reflejo luminoso primario.

La *sífilis cerebral* ofrece formas anatomo-clínicas muy distintas, y en relación con esta diversidad de tipos son muy variables los síntomas pupilares que en ella se observan. Por algunas de sus lesiones debe incluirse la sífilis cerebral en varias de las secciones ya expuestas y en otras que aún quedan por examinar; por ejemplo: un goma sifilítico voluminoso y aislado se conducirá como un tumor, y á él será aplicable todo lo que á propósito de las neoplasias cerebrales he dicho; una lesión arterial sifilítica puede dar lugar á una hemorragia ó á un reblandecimiento circunscritos que en sí mismos en nada se distinguen de los debidos á otras causas; una meningitis sifilítica basilar puede originar una parálisis del óculo-motor lo mismo que cualquiera otra meningitis. En todos estos casos los síntomas pupilares son los mismos de los tumores, hemorragias, reblandecimientos y oftalmoplegias basilares no sifilíticos, y por eso no necesitan ser especialmente descritos. Lo verdaderamente característico de la semeyótica pupilar sifilítica es lo que responde á la sífilis cerebral difusa, á la de lesiones pequeñas, pero múltiples y diseminadas, á la que no da síntomas de foco, ó, si los da, presenta además trastornos de determinación topográfica imposible; á esta categoría pertenecen los signos pupilares que voy á estudiar á continuación, comenzando por un síntoma muy típico que se considera, según el consenso universal, como un estigma indudable de lesión orgánica, y que, sin embargo, se presenta en algunos sifilíticos sin alteración estructural apreciable de sus centros nerviosos.

*(Concluirá.)*

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Cirugía del aparato digestivo.

I. *Tiflitis y peritiflitis,* por F. Lejars *(La Sémaine Médicale,* núm. 19, 9 Mayo 1906).—Nadie piensa en resucitar la tiflitis tal como era comprendida hace veinte años, ni sobre todo á ponerla en paralelo con la apendicitis y recordar discusiones pasadas; una experiencia sin precedentes nos ha demostrado que ésta es la causa en la casi totalidad de los casos de las otras veces denominados tiflitis y peritiflitis, y que prácticamente, para las indicaciones y terapéutica, es á ella á la que hay que acudir siempre. Pero es útil hacer notar las excepciones á esta regla y recoger ejemplos de «enfermedad cecal» primitiva y aislada; tanto más, cuanto que en ambas hoy el tratamiento debe seguir los mismos principios.

Con frecuencia se asocian accidentes cecales y apendiculares, colitis y apendicitis, sin que se pueda asegurar las relaciones exactas de sucesión; otras veces no basta la extirpación del apéndice para la curación, por la tiflitis y colitis secundarias que la acompañan, y que requieren tratamiento prolongado; todo lo que explica ciertas decepciones.

Las tiflitis y peritiflitis primitivas sin lesión apendicular son relativamente excepcionales y presentan de ordinario la marcha clínica de la apendicitis.

Las tiflitis aisladas afectan diversas formas, y ante todo la de la apendicitis aguda supurada: tal sucedió en una joven enviada con este diagnóstico, y que cinco ó seis días antes comenzó bruscamente con dolores ilíacos derechos, fiebre y vómitos; calma después de fenómenos locales con persistencia de la fiebre, y empastamiento bien limitado, doloroso en la fosa ilíaca derecha. Se esperó enfriarlo; pero vuelve la fiebre, crece la tumoración y el dolor, se crea absceso y la opera. El apéndice estaba sano; en la cara externa del ciego, á dos dedos por encima de la implantación del apéndice, había una perforación bastante estrecha, de bordes irregulares, algo desgarrados y amarillentos, en parte obturada por las sinuosidades y bandas, por la que, á la presión, salía algún gas y excremento; la pared fecal estaba espesada, infiltrada y muy roja. Se drenó y curó en un mes. Se trataba de una tiflitis primitiva, perforante, con peritiflitis secundaria, simulando una apendicitis.

De un proceso análogo se trataba en un joven de diez y siete años, que operó recientemente de una apendicitis en frío. Hacía dos años, una crisis aguda produjo absceso, que había sido abierto; la herida curó, pero los dolores reaparecían de tiempo en tiempo, con constipación, náuseas, sin fiebre: se los creyó debidos al apéndice no extirpado; no había tumefacción en la fosa ilíaca derecha, sólo algo de resistencia profunda por fuera de la cicatriz. En la operación se halla apéndice normal; por encima la pared cecal soldada, 10 centímetros, al peritoneo parietal, y múltiples adherencias: ampolla cecal, libre y sana; se quitó el apéndice, pero todo era atribuíble al ciego y sus adherencias.

Supuraciones análogas han sido observadas muchas veces: he aquí tres casos de Southan, publicados en 1898 y reproducidos en la serie de doce tiflitis primitivas aisladas (Kelly y Hurdon): hombre, veintiséis años, con síntomas de apendicitis de cuatro días (dolor, tensión, ligera submacidez, contractura); al noveno día defervescencia, mejoría franca hasta aparición de vómitos fecaloídeos; incisión, pus y concreción fecal; cura, quedando fístula estercoral, que se opera á los dos meses, hallándose que conduce al ciego, cuya pared anterior adherente tiene una perforación de 2 centímetros; apéndice sano. Sutura, curación. Joven de diez y nueve años; seis meses antes absceso peritiflítico con abertura exterior y fístula; perforación del ciego, apéndice sano; ileo-colostomía, curación. Hombre de sesenta y seis años, con obstrucción incompleta de seis semanas; dolor agudo en la fosa ilíaca derecha, colapso y muerte dos horas después. Autopsia: pus y excremento en el peritoneo, sobre todo en la fosa ilíaca derecha; adherencias allí que limitaban incompletamente el absceso; intestino grueso y gran segmento del delgado, distendido por excremento endurecido; ciego abierto y con ulceración de 3 centímetros en su cara posterior, perforada en el centro; apéndice sano.

Sucede á veces que la perforación cecal se abre en un foco de peritonitis más ó menos localizada, sin absceso, con toda la apariencia de un plastrón apendicular: así sucedió en un joven, observado por Mc. Murtry, con cólicos desde hacía meses; en el curso de la última crisis, el dolor, muy intenso, se localiza en la fosa ilíaca derecha, apareciendo induración como tumor oblongado; al sexto día hemorragia intestinal con vómitos, abultamiento del vientre y colapso; se creyó perforado el apéndice; incindido, se halló apéndice normal, peritonitis localizada, dos perforaciones gangrenosas en la pared ántero-externa del ciego; sutura, curación.

Se pueden comprobar análogos accidentes locales en la ulceración profunda, sin perforación del ciego: tal es el caso de Max Jordan. Niño de diez años: comienzo brusco por fiebre, dolores ilía-

cos, rápida tumefacción en placa, ancha como la mano; parecía un tipo de peritiflitis aguda; como el proceso parecía localizado, se intervino á las seis semanas: había tumor ilíaco, grueso como un puño de niño, muy resistente y sensible á la presión. Diagnóstico: apendicitis, apéndice rodeado de pus espeso, adherencias. Operación: nada de pus ni líquido, paquete de asas delgadas adherentes entre sí y al ciego; apéndice normal; placa indurada en la pared anterior del ciego, grande como moneda de 2 pesetas; alrededor zona infiltrada de medio centímetro de espesor; por debajo, al tacto, apariencia de úlcera profunda; escisión; sutura; úlcera de 2 y medio centímetros por 1 y medio en la mucosa cecal, histológicamente inflamatoria, sin tuberculosis; «tiflitis simple aguda, no perforante».

En un caso de Sick, accidentes muy agudos sin perforación: hombre de cincuenta y seis años; frío brusco, dolores ilíacos derechos; fiebre; se diagnostica apendicitis; al sexto día se opera sin anestesia; por nuevo examen se cree es absceso peritiflítico; se halla apéndice sano, que no se quita, sobre la pared ántero-inferior del ciego, extensión como un guisante en que el peritoneo visceral está solo, levantado en ampolla, formando el fondo de una úlcera en vía de perforación; se hunde, se sutura: curación.

No es necesario insistir más sobre los casos publicados. ¿Es posible el diagnóstico y reconocer en clínica que los accidentes tienen, en realidad, el ciego y no el apéndice por punto de partida? Kelly lo piensa, al menos para algunos casos, é insiste sobre las hemorragias intestinales, la diarrea, los fenómenos disenteriformes, señalados muchas veces en casos de estas tiflitis primitivas; es útil notar estas indicaciones, aun reconociendo que hasta el presente el diagnóstico no ha sido hecho antes de la intervención.

Las indicaciones terapéuticas, punto interesante, permanecerían las mismas que reinan hoy para la apendicitis. La antigua doctrina de la apendicitis «médica», benigna, resolutiva, curable siempre sin intervención, no tiene ninguna base; la tiflitis existe, aislada, primitiva, sin lesión apendicular, pero es tan grave, si no más que la apendicitis, y debe ser tratada según las mismas reglas. La operación se impone á fecha más ó menos próxima, según el tipo de accidentes, siendo aún, con frecuencia, de urgencia más imperiosa en la tiflitis perforante.

II. *Úlceras por distensión coprostásica como causa de perforaciones intestinales,* por A. Ebner *(Deutsche Zeistschr. f. chir.*, LXXXI, 5-6).—¿La coprostasia sola es susceptible de producir perforaciones intestinales? Sobre ello no se encuentran más que documentos muy raros é incompletos. La observación que él mismo publica no deja de ser compleja, y necesita de detalles precisos anato-

mo-patológicos, que publica, y comentarios para que aparezca su valor demostrativo. El hecho es, por lo demás, muy curioso.

Se trata de un hombre que había comenzado bastante bruscamente, quince días antes, con accidentes abdominales, dolores, vómitos, meteorismo, fiebre. Los dolores radicaban, sobre todo á la derecha, por debajo del ombligo; se pensó en la fiebre tifoídea y se le dieron fuertes dosis de calomelanos; después, otro médico cree reconocer una peritiflitis supurada; se incindió y se halló el intestino adherente sin pus. Cuando fué trasladado á la clínica de Königsberg estaba casi moribundo; el vientre, distendido en masa; sólo se comprobaba en el hipocondrio derecho una pequeña zona donde el timpanismo era muy atenuado; se diagnosticó peritonitis aguda progresiva, y se intervino. Se reabrió la incisión ilíaca, sin encontrar más que adherencias y asas dilatadas; fué practicada la laparotomía media; y rechazando el intestino meteorizado, se dirigió la exploración hacia el hipocondrio derecho; bien pronto se escapó una ola de pus estercoral, mezclado con gas y partículas de tejido necrosado; se descubría entonces el colon ascendente al nivel de la zona subhepática; estaba acribillado de pequeñas perforaciones que daban paso á materias fecales y gas, é inmediata una pérdida de sustancia ancha como una pieza de 3 marcos, que conducía á una vasta cavidad que parecía formada por el colon distendido y se extendía por arriba hasta el hígado, y por abajo hasta la región ileocecal; después de haberla lavado con agua salada, se drenó, y lo mismo el foco del absceso vecino, taponando, no tardando en ocurrir la muerte.

En la autopsia, que practicó el profesor Beneke, se descubrieron lesiones múltiples; el colon ascendente estaba agujereado por numerosas perforaciones, de las cuales las más anchas dejaban pasar varios dedos, encontrándose además sembrado de numerosas ulceraciones, de todas formas y tamaños, talladas á pico y más ó menos profundas, que, según Ebner, procedían de la distensión; pero se hallaron en el yeyuno é íleon otras úlceras, que, según sus caracteres anatomo-patológicos y los datos histológicos, se referían á dos tipos: dos muy anchas, situadas en la parte superior del yeyuno, y una tercera, en vías de cicatrización, del íleon inferior; fueron atribuídas á sífilis, de la cual había además localizaciones renales y testiculares; otras ulceraciones alargadas, transversales, dispuestas en grupos en el íleon, fueron reconocidas de origen tifoídeo.

Las condiciones eran, pues, muy complejas, y aun admitiendo con Ebner que la sobredistensión estercoral haya jugado el principal papel en la patogenia de las lesiones cólicas, no se podría negar que un intestino atacado de sífilis é infección detinentérica no estaba particularmente predispuesto á dejarse distender y perfo-

rar; sin embargo, como él hace notar, las pérdidas de sustancia del colon ascendente, verdaderas erosiones mecánicas, sin ningún mamelón del fondo ni de los bordes, no tenían ninguno de los caracteres de las úlceras patológicas, y además, suponiendo que úlceras sifilíticas ó tifoídeas hubiesen existido primitivamente en el colon, no se comprende que este segmento intestinal hubiera podido prestarse á tan enorme distensión sin romperse.

En cuanto á la patogenia propia de estas lesiones provocadas por la sobredistensión estercoral, es necesario tener en cuenta á la vez la trombosis de las venas de la pared y la acción mecánica directa ejercida por el bloque fecal.

III. *La profilaxia de las adherencias intestinales*, por Ch. G. Cumston (*Amer. Journ. of Obstetrics*. Marzo 1906).—Las adherencias intra-abdominales son uno de los principales peligros consecutivos á la laparotomía. Cumston estudia en este trabajo los diferentes medios para prevenirlas.

Una de las primeras condiciones es, naturalmente, operar con una asepsia perfecta. Hay, además, gran ventaja en que esta asepsia sea «húmeda»; es verdad que se ha pretendido que la asepsia húmeda exponía más al íleo post-operatorio que la seca; pero, además de que esto no está probado, la sola observación de los hechos parece testimoniar lo contrario; basta, en efecto, ver las adherencias que contraen en el curso de una operación las compresas de gasa seca cuando permanecen cierto tiempo en contacto con la serosa, y el despulimiento que ésta presenta cuando se las retira, para darse cuenta de que la asepsia seca debe, con gran certeza, predisponer á las adherencias.

Un buen medio de prevenir lo mismo las hernias post-operatorias que las adherencias parieto-viscerales, consiste en practicar una oclusión cuidadosa del peritoneo parietal al final de la operación. Con este objeto se atraerá la serosa entre los labios de la herida cutánea, y por medio de los puntos á lo Lembert se evitará hacer pasar los hilos en la cavidad peritoneal; de esta suerte, cuando ésta estará cerrada no existirá en contacto con las vísceras más que un simple surco, sin cuerpos extraños ni superficies cruentas. Obrando así, además, no se hace más que conformarse al principio que ha conducido á esconder los pedículos debajo de la serosa y á recurrir, con ésta ó con franjas epiploicas, toda pérdida de substancia peritoneal.

En el caso de que estas medidas no son aplicables se ha propuesto interponer diferentes substancias entre las vísceras y la pared (soluciones mucilaginosas, membrana de la cáscara del huevo, colodión, etc.), pero todos estos medios parecen muy aleatorios bajo todos los puntos de vista.

En todo caso, una buena precaución será tratar los pedículos epiploicos, que se abandonan generalmente en el vientre, como los otros pedículos; sin embargo, como el hundimiento de cada ligadura en los casos de numerosas adherencias epiploicas haría necesario mucho tiempo, lo mejor es resecar toda la porción del epiplon contiguo á las adherencias y esconder de un golpe la superficie de sección.

Cuando son de temer adherencias, porque no es siempre posible devolver al revestimiento seroso su integridad, lo mejor es favorecer el peristaltismo intestinal por laxantes administrados desde el día siguiente de la operación y continuados los demás días, ó por el amasamiento. Pero sin abstenerse de recurrir por el contrario al opio, cuando se ha dejado en el abdomen un foco infectado del que que se teme la difusión, ó si existen suturas gastro-intestinales que los movimientos intestinales expondrían á atirantamientos y, por consecuencia, á desgarraduras.

DR. YAGÜE

## Ginecología.

*Partos en sueño profundo artificial*, por Gauss. (*Arch. f. Gyn.*, Bd. 78, H. 3-1906.)

En este trabajo se ocupa el autor de los resultados obtenidos en la clínica de Friburgo con las inyecciones de escopolamina-morfina empleadas en unas 600 parturientes, dando cuenta detallada de las ventajas y de los inconvenientes que ofrece este método para aliviar los dolores de parto. La escopolamina, alcaloide extraído del *hiosciamus niger*, de la familia de las solanáceas, es hermana de la hiosciamina, daturina, duboisina y atropina, que no dejarán de entrar en turno para conseguir la anestesia cuando se le ocurra á algún innovador hacer ensayos para aumentar la lista de los agentes anestésicos.

La escopolamina empleada con preferencia por Gauss es la que prepara la casa Merck en solución al 0,03 por 100; la solución de morfina debe ser al 1 por 100. Las dos soluciones se mezclan en el momento, de tal suerte que resulte una dosis para cada inyección de 0,00045 á 0,0006 gramos de escopolamina y de 0,01 de morfina.

Cuando la primera inyección no produce el efecto deseado, que de ordinario ocurre en el espacio de tres cuartos de hora á tres horas, se puede repetir una segunda de 0,00015 á 0,0003 gramos de escopolamina sin morfina; y, en caso necesario, hasta una tercera inyección.

Según el autor, se ha obtenido siempre el sueño sin consecuencias desagradables ni peligros para la madre y sin daño para el

feto, no habiendo observado tampoco mayores dificultades para el parto; por lo cual cree muy recomendable este método en las clínicas oficiales para aliviar á las mujeres los sufrimientos y las molestias á que deben someterse por las necesidades de la enseñanza.

Y ya que nos ocupamos de las inyecciones de escopolamina-morfina en el parto, no hemos de pasar en silencio el juicio que ellas merecen á nuestro amigo el ilustrado catedrático de Zaragoza doctor D. Ricardo Lozano, quien las ha empleado en nueve operados, cuyas historias clínicas refiere en un interesante trabajo publicado en *La Clínica Moderna* correspondiente al mes de Julio último, bajo el epígrafe «Los nuevos anestésicos en Cirugía». El Dr. Lozano ha seguido las indicaciones de Koff para el empleo de este método de anestesia, variando sólo el tiempo de la última dosis; así es que administra una inyección de 25 miligramos de cloruro mórfico y un miligramo de escopolamina en tres veces; la primera porción dos horas antes de la operación, la segunda hora y media antes, la tercera una hora antes, porque de este modo el sueño del operado es más profundo y la anestesia más completa.

En dos enfermos operados de gastro-enterostomía por el procedimiento de Roux, la inyección de escopolamina-morfina produjo una anestesia completa que permitió al Dr. Lozano terminar la operación sin ayuda de otro anestésico. Duración, veinte y veinticinco minutos, respectivamente.

Atribuye este resultado tan completo en ambos enfermos á la gran demacración, que facilita la acción más intensa de la mezcla anestésica, y á lo poco dolorosa que es la gastro-enterostomía cuando se practica con cierta habilidad. Pero lo general es que la anestesia por la escopolamina-morfina necesite ser auxiliada con otro anestésico como el cloroformo ó el éter, como le sucedió en los otros siete operados. Esta asociación tiene, á juicio del Dr. Lozano, varias ventajas: la excitación que ofrecen los enfermos en los períodos iniciales de la cloroformización no existe cuando se administra antes la escopolamina-morfina, como tampoco se presentan los reflejos gástricos, bronquiales, faríngeos y laríngeos, ni se observa la hipersecreción de moco que á menudo perturba la cloroformización, siendo también mucho menor la cantidad de cloroformo necesaria.

En las operaciones de vientre tiene además la ventaja esta anestesia mixta de que no se presentan vómitos durante ni después del acto operatorio ni acusan dolor los operados.

Recientemente, en la Sociedad de Cirugía de París se han discutido estas ventajas de la asociación de la escopolamina-morfina al cloroformo, y M. Segond manifestó que, después de haber empleado la escopolamina á alta dosis, ahora había reducido ésta á medio miligramo y sólo á título de auxiliar del cloroformo; corroborando las apre-

ciaciones que apuntamos del Dr. Lozano, puesto que dice que esta asociación anestésica suprime los dolores postoperatorios, aun en los casos de histerectomía vaginal en que se dejan colocadas las pinzas de forcipresión. Un grave inconveniente tiene, sin embargo, la escopolamina-morfina en cirugía abdominal, y es que no suprime la rigidez muscular; por lo cual no deberá usarse nunca sino como preparación á la anestesia por el cloroformo.

---

*El método oxígenado en Ginecología*, por el profesor J. Thiriar. (*Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, Junio 1906.)

En este notable trabajo, que forma parte del *Libro de Oro* ofrecido al profesor Pozzi por sus colegas y discípulos como recuerdo de sus veinte años de enseñanza, el autor se ocupa extensamente del empleo del oxígeno en cirugía, de cuyas indicaciones y resultados había dado cuenta en publicaciones anteriores, y particularmente de los beneficios que reporta en el tratamiento preventivo y curativo de varias afecciones ginecológicas.

Los fundamentos del método, basados en las investigaciones experimentales de Herman-Joris, ratificadas por la clínica, pueden resumirse de este modo:

1.° El oxígeno puro no posee poder bactericida real sobre las bacterias aerobias, pero su acción atenúa en grado sumo la virulencia de las mismas y destruye sus toxinas por exudación.

2.° El oxígeno aumenta los movimientos protoplasmáticos de los leucocitos y acelera la diapedesis: Goza de un poder quimiotáxico positivo.

3.° El oxígeno favorece la fagocitosis, exagerando la vitalidad de las células fagocitarias, exaltando sus propiedades micrófagas y facilitando el englobamiento de las bacterias por la célula fagocito.

El oxígeno es, pues, el gran factor de la vitalidad de las células y de los fagocitos en particular, á la vez que aniquila ó atenúa la virulencia de los microbios. Tiene una acción antiséptica manifiesta, y sólo hay un microorganismo patógeno que resista á ella, y es el gonococo.

Basándose en este género de consideraciones, el profesor Thiriar ha empleado el oxígeno con gran éxito:

1.° Como medio preventivo de las complicaciones sépticas en ginecología, aseptizando la vulva y la vagina—después de jabonadas y lavadas,—proyectando sobre estos órganos una corriente bastante fuerte de oxígeno. Para la vagina se emplea una cánula ordinaria de cristal ó goma, que se une al tubo de caucho que lleva el saco de oxígeno; se sujeta dicha cánula con un vendaje en T, y se

cubre la vulva con un trozo de guata aséptica. Esta corriente de oxígeno se deja pasar durante varias horas la víspera y aun el día de la operación.

Aconseja y emplea también la corriente de oxígeno como medio preventivo de la infección peritoneal en las laparotomías motivadas por lesiones supuradas de los anejos, cuando en el curso de la opeción se ha vertido pus en el peritoneo. Para ello introduce á través de la vagina, hasta el fondo de Douglas, dos tubos perforados en su extremidad y separados por una mecha de gasa iodofórmica; uno de ellos se pone en comunicación con el saco de oxígeno, y el otro, en forma de sifón, cuelga hasta un recipiente que contenga una solución antiséptica; después cierra la herida del vientre, y mantiene la corriente débil de oxígeno por espacio de tres á cinco días, según la necesidad.

2.° Como medio curativo de las infecciones ginecológicas post-operatorias, lo ha empleado con gran éxito en las infecciones de la herida operatoria, en las del peritoneo, en las peritonitis tuberculosas, y la técnica es idéntica á la reseñada.

En las peritonitis tuberculosas de forma ascítica, después de vaciar el vientre del contenido líquido, hace pasar durante diez minutos una fuerte corriente de oxígeno, y sutura luego la herida abdominal.

3.° Como medio curativo de las afecciones infecciosas del aparato genital (heridas infectadas, bartolinitis, flemones, erisipelas, vaginitis, metritis simples y especiales *post abortum*, supuraciones pelvianas y anexiales, fístulas post-operatorias cuya supuración persiste, etc.).

Para aplicar la corriente de oxígeno á la cavidad uterina, se vale de una sonda de goma, número 18 ó 20, previa dilatación del cuello, si es necesaria, ó de una sonda de doble corriente que facilite la salida del gas, y que se sujeta con un T de ano. La corriente debe ser de mediana intensidad y sostenerse durante dos ó tres días hasta que desaparezcan los gérmenes de las secreciones.

---

*Nuevo procedimiento operatorio para curar las retrodesviaciones uterinas*, por el Dr. Alfieri. (*La Ginecologia*, 31 Mayo 1906.)

El autor ha operado con éxito una enferma que padecía retroversión uterina movible, valiéndose del procedimiento, aún inédito, empleado varias veces por el profesor Pestalozza.

Practicada la laparotomía, se incinde transversalmente el peritoneo del espacio vésico-uterino, como se hace en la histerectomía abdominal, despegando la porción vesical hasta formar un colgajo bastante amplio, cuyo borde libre pueda llevarse hasta sobre el

fondo del útero, previamente colocado en posición normal, al cual se une con puntos de sutura. De este modo la matriz conserva toda su movilidad.

---

*Autointoxicación y psicosis menstrual*, por Subra de Salafa. (*Archivio italiano di Ginecologia*, Mayo 1906.)

En una Memoria publicada en Burdeos durante el año actual se ocupa el Dr. Subra de Salafa de los trastornos psíquicos que pueden presentarse en la mujer al establecerse la menstruación, en su transcurso ó bien al desaparecer definitivamente. Entre las diversas teorías imaginadas para explicar estos fenómenos, el autor sostiene la de la autointoxicación, nueva forma del humorismo antiguo. Las psicosis por autointoxicación pueden reducirse á una fórmula clínica: la confusión mental, que Subra define diciendo: es una psicosis generalizada que se caracteriza por un entorpecimiento tóxico de la actividad psíquica voluntaria, llevado á veces hasta la suspensión, acompañado ó no de automatismo delirante con reacción adecuada de la actividad general y de las diversas funciones del organismo. Las psicosis menstruales no son más que formas diversas de la confusión mental, que se presenta unas veces en su grado más sencillo, y otras bajo la forma aguda: estupidez, agitación, delirio agudo.

Para sostener su tesis, el autor se funda en la hipertoxicidad de la sangre, en la hipotoxicidad de la orina y en el exceso de ácido carbónico en el momento que van á establecerse las reglas.

El examen hematológico de la sangre menstrual demuestra una disminución del número de glóbulos rojos, no verificándose la coagulación de la sangre en esta época tal vez por su insuficiente oxigenación.

Por otra parte, las psicosis menstruales se producen en el período precatamenial y desaparecen en cuanto se establecen las reglas, es decir, en cuanto se facilita la eliminación de toxinas.

Finalmente, el autor admite la hipótesis de la presencia en el ovario, en el momento de la ovulación, de un producto tóxico, cuyo acúmulo produce fenómenos de autointoxicación. Para demostrarlo cita las relaciones que existen entre la menstruación y el histerismo, el corea, la epilepsia y las enfermedades tóxicas, de lo cual deduce que las psicosis menstruales deben ser consideradas como psicosis de autointoxicación.

Esto parece estar de acuerdo con las observaciones del doctor Riebold acerca de la elevación térmica que ha podido comprobar en 2.000 enfermas en vísperas de la menstruación. Dice este autor que en todas ha notado un ascenso de medio grado sobre la temperatura normal, lo que considera como una fiebre de absorción y de intoxicación.

*Cirugía conservadora del ovario*, por el Dr. Giusepe Guicciardi. (*Archivio Italiano di Ginecología*, Mayo 1908.)

En este trabajo, original y muy erudito, hace el Dr. Guicciardi la historia completa de la debatida cuestión que indica el epígrafe, señalando las indicaciones y contraindicaciones de la cirugía conservadora del ovario, los resultados escasísimos y los peligros de los injertos ováricos por cualquiera de los métodos, y la finalidad que debe tener este método conservador.

Como las conclusiones de este luminoso trabajo están muy de acuerdo con nuestras opiniones y con los resultados de nuestra práctica, las exponemos á continuación:

1.ª La hipótesis de una secreción interna del ovario, fundada en datos clínicos y en hechos experimentales, va adquiriendo cada día mayor favor.

2.ª La castración de la mujer en la edad fecunda conduce á la esterilidad y á complicaciones físicas y psíquicas, á veces graves y complejas, cuya intensidad no está en nuestra mano graduar ni prever.

3.ª Es un deber que la moderna ginecología, eminentemente conservadora, se proponga en las operaciones sobre los anejos del útero conservar lo más posible el ovario para sus funciones fisiológicas.

4.ª Los injertos ováricos á distancia y aun en el mismo cuerno uterino, si alguna vez dieron resultado en casos aislados, en cambio han producido graves complicaciones; de lo cual se deduce que el proceso conservador por excelencia, tratándose del ovario, es la resección.

5.ª Las investigaciones experimentales y los hechos clínicos han demostrado que el fragmento ovárico que queda después de la resección es susceptible de ulterior vitalidad anatómica y funcional, y por lo mismo su presencia sirve:

*a*) Para evitar en lo posible complicaciones de la menopausia artificial.

*b*) Para mantener de un modo regular la menstruación.

*c*) Para permitir la posibilidad de un embarazo.

6.ª La resección del ovario, como tiene indicaciones, tiene á su vez y en mayor número contraindicaciones; unas y otras deben ser sabiamente avaloradas y apreciadas, por cuanto de una intervención que tiende á la perfectibilidad ginecológica no debe resultar un daño, con frecuencia grave, como es la necesidad de una segunda operación ó el origen insidioso de un neoplasma maligno.

Dr. Gutiérrez

## Neurología y Electroterapia.

I.—*Tratamiento del zona*, por el Dr. Leullier (*La Mois thérapeutique*, Marzo 1906.)

El autor preconiza en este trabajo el tratamiento eléctrico como el único eficaz y seguro en el zona, siguiendo el método propuesto y utilizado por Larat en Enero de 1904, que fué el primero que empleó la corriente galvánica desde el comienzo de la erupción. El Dr. Leullier ha tenido la fortuna de observar dos casos de zona en poco tiempo y de comprobar perfectamente la eficacia de este tratamiento.

El primero fué una zona pecto-braquial de marcha benigna, aunque muy doloroso; la erupción vesiculosa, no muy abundante, se hallaba al nivel de los espacios intercostales 2.°, 3.° y 4.°, extendiéndose al territorio del braquial cutáneo interno; afectaba la forma de cinturón, limitándose á la mitad izquierda del cuerpo. El enfermo, de treinta años, de temperamento nervioso, no proporcionaba más datos etiológicos que la acción del frío. Cinco sesiones de galvanización á razón de una por día produjeron la sedación de los fenómenos dolorosos, por algunas horas el primer día, aumentando en los sucesivos la mejoría hasta la curación completa, que se obtuvo sin neuritis ni otros trastornos consecutivos.

El segundo caso fué una mujer de veintiocho años, que había padecido anteriormente una neuralgia intercostal derecha, que curó. Después de una viva emoción y un enfriamiento, fué atacada de un dolor agudo situado en la región escapular izquierda, cerca del raquis, que se aumentaba en las inspiraciones fuertes y que, exacerbándose poco á poco, llegó á ser intolerable. A los cuatro días de haber empezado el dolor, se presentó el eritema al nivel de los perforantes posteriores, extendiéndose después hasta el punto de formar un cinturón torácico que ocupaba las espacios intercostales 3.°, 4.° y 5.°, con irradiación á la cara interna del brazo. Tanto en este caso como en el anterior, se empleó previamente el tratamiento ordinario de calmantes y antinervinos sin obtener el menor beneficio. Se procedió entonces á la galvanización, que, como en el caso primero, produjo la sedación inmediata del dolor durante doce horas, continuando la mejoría en los días sucesivos hasta lograr la curación con un número de sesiones algo mayor que en el enfermo primero.

La forma de aplicación galvánica fué colocando el catodo ancho sobre la erupción vesiculosa ó eritematosa y el anodo fijo á nivel de la emergencia de los pares raquídeos correspondientes. La intensidad empleada fué de 20 á 30 y hasta 50 miliamperes (1) y la duración de quince á treinta minutos.

(1) Miliamperios, según la Academia Española.

Ante unos resultados tan satisfactorios en el tratamiento de esta enfermedad de rebeldía desconsoladora, hay razón sobrada para proclamar á la corriente galvánica como el remedio preferente y único eficaz en la terapéutica del zona; pues sin ayuda de ningún otro, y de una manera evidente, produce la sedación del elemento dolor al mismo tiempo que facilita la desaparición de la erupción, y en un plazo brevísimo conduce á la curación completa sin dejar rastro alguno neurítico.

Al tratar de investigar el mecanismo de la acción de la corriente galvánica en estas circunstancias, entra el autor en consideraciones referentes á la patogenia tan discutida del zona y de las dermatosis zoniformes (esclerodermia, pénfigo, nevus, psoriasis) y otras, cuya tendencia á cierta ordenada circunscripción las asimila á aquéllas, como algunas roseolas y sífilides terciarias sistematizadas. La génesis de una de estas afecciones podría esclarecer suficientemente la de las demás.

Estos trastornos tróficos y vasomotores fueron calificados por Eulemburg sencillamente de neurosis vasomotriz de las capas superficiales de la piel, en tanto que Landouzy veía ya en ellos algo más: una neuritis sintomática de un estado general infeccioso. Las investigaciones anatomopatológicas posteriores llevaron á algunos á conceder un valor preponderante á las alteraciones de los ganglios espinales correspondientes á los pares atacados; pero hay que tener en cuenta, entre otras cosas, que los puntos dolorosos del zona no recuerdan los puntos clásicos de Valleix ni las neuralgias radiculares, y que la topografía de las vesículas zosterianas no siempre concuerda con la distribución de los filetes.

El autor admite, pues, una localización central independiente de toda lesión ganglionar, suponiendo que radica en una zona limitada de la medula, colocada por encima de la raiz posterior correspondiente. Esta hipótesis se apoya en la ingeniosa teoría de Brissaud, para quien la segmentación metamérica de la medula corresponde á una segmentación análoga de los tejidos en zonas también horizontales; y según esta disposición, una lesión trófica que aparece sobre la mitad del cuerpo, como en el zona vulgar, ocupa una extensión de la periferia en relación con un punto determinado de la medula, y no con un solo ganglio.

Head admite igualmente el origen medular de estos trastornos tróficos é hiperestésicos, pero suponiendo que las zonas del cuerpo correspondientes á los núcleos medulares independientes (metámeras de Brissaud) cortan la superficie cutánea oblicua y no horizontalmente como dice éste, explicando así el por qué la faja zosteriana puede ser oblicua, aun sin respetar la topografía de los nervios periféricos (lo cual excluye la hipótesis de una neuritis).

Demostrado casi el origen medular de los fenómenos zosterianos, fácil será suponer que la lesión reside en las astas posteriores, lo que daría cuenta también de la exquisita sensibilidad dolorosa de aquéllos.

Respecto de la etiología de estas lesiones, el autor piensa que se trata de una intoxicación aguda ó crónica, dependiente ya de una infección general ó específica de estas localizaciones nerviosas; pero de todo esto nada hay demostrado hasta ahora.

Por último: tratando de explicar la manera como obra la galvanización en estos casos, añade el autor que probablemente debe ser ejerciendo una acción trófica y vasomotriz, tanto sobre los troncos nerviosos como sobre los ganglios y centros medulares, y á la vez por las modificaciones químicas (electrolisis) y físicas (polarización), que, según Larat, produce la corriente continua en la intimidad de los tejidos.

II. *Tratamiento de la meningitis cerebro-espinal epidémica por el suero antidiftérico*, por el Dr. Waitzfelder. (*Medical Record*, Marzo 1905.)

Recordando que Wolf (de Hartford) había comprobado que existe un antagonismo manifiesto entre el bacilo de Loefler y el meningococo, y además encontrado que la antitoxina diftérica mataba á este último microbio, produciendo la aglutinación tanto en las culturas muertas como en las vivas, el Dr. Waitzfelder, aprovechando la existencia en Nueva York de una epidemia de meningitis cerebro-espinal que desde 1904 llevaba producidas más de mil defunciones sin presentar tendencia al decrecimiento, intentó hacer aplicación en la clínica de las referidas observaciones.

Empleó las inyecciones de suero antidiftérico en 17 casos de la referida enfermedad. La dosis que inyectaba era de 6.000 unidades antitóxicas para los niños menores de cinco años, de 8.000 para los que tenían de cinco á doce años y de 10.000 para los adultos, obteniendo en todos los casos, cuando menos, una mejoría notable de los síntomas. Entre éstos, la elevación de la temperatura fué de los más rebeldes en remitir. De dichos 17 casos obtuvo cinco curaciones completas, y en la fecha de publicación de estas experiencias quedaban otros cinco en convalecencia y cuatro en un estado aún grave, de pronóstico incierto; sólo tres sucumbieron, de los cuales uno había sido tratado bastante tarde.

El autor considera que, tratándose de casos graves y en el período de apogeo de una epidemia cuya mortalidad alcanza casi á las dos terceras partes de los enfermos, estos resultados son en extremo alentadores.

Estos hechos y otros análogos observados respecto á las variadas acciones de algunos sueros terapéuticos, así como de los productos

opoterápicos, parece que han de tener en breve plazo una explicación racional y científica que ensanche la esfera de sus aplicaciones, garantizando á la vez los benéficos resultados de su empleo, gracias á los progresos de la química biológica y á los modernos estudios acerca de los fermentos y su influencia sobre el metabolismo orgánico; estudios que han de servir de base en que se fundarán, acaso muy pronto, las novísimas teorías de patología general.

Hoy sabemos ya que en la pneumonía los sueros (el antidiftérico por ejemplo) obran á la manera de las oxidasas, y acaso no tarde mucho en demostrarse que su actividad depende precisamente de las oxidasas que contienen. Todo, al menos, lo hace esperar así.

III.—*Tratamiento de la arterioesclerosis*, por Maudfred Frenkel. (*Wiener Klinische Runschau*, núms. 29 y 30, 1905.—*American Journal of Medical Sciences*, Enero 1906.)

Cree el autor que el tratamiento racional consiste en el suero Trunecek, con el cual ha obtenido excelentes resultados en sus ensayos. Con su uso disminuye la disnea por efecto de la creciente alcalinidad de la sangre, á la vez que las sales de sodio obran directamente sobre el corazón y los tejidos vasculares. Pero el empleo de este suero es doloroso y su aplicación diaria resulta insoportable para muchos enfermos, sobre todo para aquellos en que la enfermedad es incipiente y el tratamiento es más bien profiláctico, y precisamente en estos casos es donde se ven los mejores resultados de su uso, por lo cual aconseja se administre por la vía gástrica, toda vez que está demostrado que el suero Trunecek obra lo mismo por esta vía que por la hipodérmica.

En el primer ensayo, entre los 25 pacientes tratados por el autor había algunos en período muy avanzado, con los vasos endurecidos y flexuosos. En 19 casos los síntomas subjetivos y objetivos se aliviaron, y hasta desaparecieron por espacio de algunos meses. En los seis restantes tan sólo se observó una mejoría lenta que duró poco tiempo, reapareciendo los síntomas al cesar la medicación.

El autor opina que la mejor indicación de este tratamiento es la profiláctica, debiendo establecerse de una manera rigurosa al aparecer los primeros síntomas de la enfermedad. Entre estos síntomas considera como peculiares y constantes una sensación precordial de agobio, vértigo, contracturas de las extremidades, ligera disnea al andar, indigestiones, trastornos visuales sin lesión ocular y un pulso tenso y duro. Además, ha de tenerse en cuenta la edad, gota, reumatismo, etc., para completar el diagnóstico.

Tales síntomas se alivian y retardan mediante el empleo del suero, bien al interior ó en inyección hipodérmica, suspendiendo su uso de vez en cuando por dos ó tres semanas.

Si los síntomas persisten ó vuelven á aparecer, lo indicado es

reanudar el tratamiento. Por último, el autor añade que el empleo de esta medicación nunca ha producido efectos desagradables.

De estas y otras observaciones análogas que pudiéramos añadir aquí se deduce que el suero Trunecek en la arterioesclerosis debe considerarse como una medicación puramente sintomática, y no entregarnos á la esperanza de ver dominado un padecimiento contra cuya condición etiológica no tiene acción alguna esta medicación. Por lo tanto, creemos que en estos enfermos es indispensable, además del suero, el empleo de todos aquellos medios que hoy la ciencia reconoce como modificadores, ó mejor dicho, regeneradores del proceso nutritivo normal, cuya desviación origina las discrasias reumática, gotosa, etc., razón etiológica inmediata de estas alteraciones vasculares que constituyen la arterioesclerosis.

IV. *Tratamiento de la hipertensión arterial permanente por la d'arsonvalización*, por los Dres. Moutiér y Challamel. (*Revista de las Enfermedades de la Nutrición*, Febrero 1905.)

Los autores sometieron al tratamiento eléctrico cincuenta enfermos de arterioesclerosis, unos en el período prelesional y otros en una fase más avanzada del proceso. Bajo la influencia de este tratamiento, la presión arterial descendió en todos ellos sin llegar nunca á traspasar el nivel normal. Este descenso fué tanto más rápido cuanto mejor se sujetaban los enfermos á las reglas de higiene y al régimen alimenticio. En ningún caso se observó el más ligero accidente durante el tiempo que fué necesario prolongar el tratamiento, hasta llegar á conseguir la tensión normal. La duración de las sesiones de electrización fué aproximadamente de cinco minutos.

La presión, como hemos dicho, no desciende nunca por debajo de la normal. En general, puede decirse que el descenso permanente se obtiene con gran rapidez, pues en 37 casos se consiguió llegar á él con sólo tres sesiones. Unicamente en los casos en que existen ya lesiones orgánicas más ó menos diseminadas, es cuando el número de sesiones tiene que ser más elevado.

En resumen: la d'arsonvalización constituirá el tratamiento de preferencia, y aun, según el parecer de Moutier y Challamel, el único tratamiento eficaz en el momento presente para lograr una desaparición duradera de la hipertensión arterial.

V. *La punción lumbar en las fracturas del cráneo.*

El Dr. Quénu ha comunicado, en la *Sociedad de Cirugía de París*, sus observaciones respecto á los beneficios que puede reportar la punción lumbar en los casos de fracturas de la bóveda craneana. Refiere el caso de un enfermo que ingresó en el hospital en estado

comatoso; se le practicó una punción lumbar, que dió salida á una cantidad de sangre casi pura, y media hora después el individuo recobraba el conocimiento y respondía á las preguntas que se le dirigían.

El coma se reprodujo varias veces, desapareciendo nuevamente después de cada punción, saliendo el enfermo curado del hospital.

El Dr. Tuffier interviene en este asunto, diciendo que ha conseguido en algunos casos buenos resultados con la punción, pero que éstos no son constantes; cosa por lo demás fácil de comprender, por la diversa importancia que pueden tener las lesiones que por efecto de la fractura se hayan producido en los órganos encefálicos.

DR. E. VILCHES

---

## Oto-rino-laringología.

*Extracción de un cuerpo extraño del bronquio derecho por medio de la bronquioscopia de Killian*, por el Dr. Lins. (*Ann. des maladies de l'oreille*, etc. Noviembre de 1905.)

Caso interesante que revela una vez más la importancia de este moderno procedimiento.

Un hombre de cuarenta y tres años aspiró un trozo de hueso que le produjo los trastornos respiratorios consiguientes. Lins hace bronquioscopia estomatodial (por vía bucal), con anestesia por la cocaina, y no ve el cuerpo extraño; no insiste, para ir acostumbrando al enfermo. Nueva bronquioscopia estomatodial dos días después: resultado nulo. Tercera sesión de bronquioscopia: distingue el cuerpo extraño movible en el bronquio izquierdo, pero no consigue extraerlo. En la cuarta sesión logra cogerle, pero se le escapa y cae en el mismo bronquio izquierdo; el enfermo tose fuertemente, se intranquiliza y hay que suspender la maniobra. Por fin, en la última sesión, logra extraer el cuerpo extraño, y la fiebre y los trastornos pulmonares desaparecen para no volver.

Es de notar la tendencia de este cuerpo extraño á caer en el bronquio izquierdo, que, como es sabido, nace en ángulo más abierto de la tráquea que el derecho.

Otra enseñanza que da este caso es la necesidad de contar con la confianza del enfermo y de la familia, y aun del médico de cabecera, pues generalmente no se consigue la extracción á la primera tentativa, y es de necesidad que no haya impaciencias para que el operador maniobre con entera libertad.

---

*Dos casos de fractura de la laringe*, por el Dr. Michel. (*Rev. méd. de l'Est.*, 15 Enero 1906. Ref. en *Arch. Internationales de Laryng.*, 1906.)

*A*) Un hombre de veintiséis años recibió un golpe con una barra de hierro en el lado izquierdo de la laringe, que le produjo violentos dolores, exacerbados al deglutir; ronquera, tos, esputos sanguinolentos y equimosis subcutánea; nada de disnea ni de enfisema. La lámina izquierda del tiroides estaba hundida. No se hizo examen laringoscópico.

Sanguijuelas y compresas frías. Curación.

*B*) Hombre de treinta y seis años: recibió una coz en el cuello que le produjo herida, enfisema subcutáneo y tumefacción de todo el cuello. Cornaje acentuado. Por palpación se apreciaba crepitación. Traqueotomía de urgencia. Algunos días después el laringoscopio mostró la cuerda del lado afecto dislocada y cabalgando sobre la sana.

El autor considera el enfisema, la disnea y la hemoptisis como síntomas que obligan á intervenir. Lo que no hace es marcar para estos casos una línea clara de conducta; cita la tirotomía inmediata, pero parece que se inclinan sus preferencias por la intubación.

---

*La intubación aplicada á ciertas fracturas de laringe*, por el Dr. Uruñuela. (*Rev. heb. de Laryngologie*, 28 Diciembre 1905.)

El hecho de no citar el Dr. Michel, en el artículo analizado anteriormente, el nombre del distinguido laringólogo del Instituto Rubio, al hablar de la intubación en las fracturas de la laringe, muéveme á hacer constar esta injusticia, puesto que nuestro compañero vertió esta idea en el Congreso español de Oto-rino-laringología, el año 1899. Tal vez haya sido una omisión por ignorancia, puesto que la comunicación del Dr. Uruñuela no fué publicada, ó acaso hayan tenido análoga idea ambos, correspondiendo, de todos modos, al doctor Uruñuela la prioridad.

En el interesante trabajo que hoy extractamos publica de nuevo tres interesantes observaciones, y he aquí lo que deduce de ellas: «Además de probarnos que en el viejo las fracturas de la laringe son más frecuentes y su consolidación más lenta, y que la fractura del cricoides es más grave que la del tiroides, ellas nos enseñan que la intubación, que nadie, creo yo, ha empleado en estos casos, puede ser de gran utilidad para combatir la asfixia, reducir la fractura y evitar la estenosis laríngea, sobre todo la consecutiva á las lesiones de la mucosa por los fragmentos desviados. Cuando la traqueotomía se impone, no hay que olvidar la colocación de los fragmentos en su sitio, sirviéndose de ganchos, etc., ó bien colocando un tubo en

la laringe con el menor traumatismo posible. En fin, la tirotomía se hará en los casos excepcionales en que los medios anteriores hayan sido insuficientes.»

---

*Sutura del nervio facial al hipogloso.* (Comunicación á la Sociedad Francesa de Laringología, por el Dr. Lafite-Dupond.)

Sabido es que la destrucción del facial, por supuraciones del oído ó por intervenciones sobre la mastoides, no tiene otro tratamiento que la sutura del facial (cabo periférico) al espinal ó al hipogloso. No haremos historia ni discutiremos cuál de estos nervios debe ser preferido. El Dr. Lafite-Dupond, que hace honor con sus brillantes trabajos á la escuela de Burdeos, refiere un caso de parálisis facial, que databa desde Mayo de 1903. Suturó el facial al hipogloso en Julio de 1905. Las primeras contracciones voluntarias aparecieron cinco meses más tarde. En el reposo, la tonicidad muscular ha devuelto la simetría de la cara; y en la actividad, en la risa y otras manifestaciones mímicas, ha logrado la enferma contraer sincrónicamente el lado operado con el lado sano.

Gracias á la manera de hacer la sutura, no hay parálisis del hipogloso.

*Técnica.—a)* Buscar el facial y seccionarlo á nivel del agujero estilo-mastoídeo; dos hilos de seda se pasan por la extremidad del nervio.

*b)* Aislamiento del hipogloso y aproximación al facial.

*c)* Practica un ojal en el hipogloso y en él introduce el cabo del facial, y lo fija con los dos hilos que atravesaban este extremo.

Por este procedimiento, una mitad de cada nervio queda indemne de sutura.

---

*Tratamiento de las desviaciones del tabique nasal*, por Mouret y Toubert. (*Annales des maladies de l'oreille*, Junio 1906.)

Las conclusiones de este interesante *rapport* á la Sociedad Francesa de Oto-rino-laringología son:

1.ª Las desviaciones del *septum* son múltiples y complejas de forma y extensión.

2.ª Las partes del esqueleto del tabique que toman parte en las desviaciones varían según el sitio de la desviación.

3.ª La clasificación más racional de las desviaciones está basada en la anatomía del tabique.

4.ª No hay que confundir las desviaciones con los espesamientos (espolones, crestas, etc.).

5.ª La extensión de una desviación no puede siempre averiguarse por dificultades de examen.

6.ª La mayor parte de los procedimientos conocidos han sido eficaces en ciertas desviaciones; la resección submucosa del tabique es aplicable á todos los casos.

7.ª. En todos da excelente resultado si se quitan todas las partes desviadas del plano medio.

8.ª Es el único procedimiento aplicable á las desviaciones óseas profundas.

9.ª Es operación delicada y laboriosa, pero de consecuencias inocuas. Su resultado es rápido y perfecto; aun en ciertos casos corrige la desviación exterior.

10. Por todas estas razones es una operación que merece ocupar lugar preferente en la cirugía del tabique nasal.

---

*Modo de abreviar el tratamiento postoperatorio de la mastoiditis supurada aguda*, por el Dr. Schatz. (*Münch. Med. Woch.*, núm. 26, 1905.)

Encuéntranse en este trabajo varias observaciones en las cuales, al cabo de los diez ó quince días transcurridos después de haber taponado la mastoides, el autor llenó la cavidad operatoria con parafina, suturando inmediatamente la herida cutánea; en todos los casos obtuvo la curación.

Lo interesante, según Schatz, es que la curación completa se obtiene en un mes ó poco más.

Tal vez pudiera hacerse algún comentario á este modo de proceder, pensando en la necesidad que existe de vigilar los focos operatorios por supuraciones de los huesos, aunque se tenga mucha seguridad de haber hecho desaparecer todos los puntos de caries.

---

*Contribución al estudio del síndrome de Gradénigo*, por el Dr. Jacques. (*Arch. inter. de Laryng.*, 1906, núm. III.)

El autor ha observado dos casos: el primero evolucionó y curó sin consecuencias; el segundo terminó rápidamente por la muerte, á pesar de intervenir precozmente haciendo desagüe aracnoídeo. Hubo de particular en este caso que la parálisis abductriz fué precedida quince días de paresia del elevador del párpado superior; los fenómenos paralíticos fueron agravándose, en tanto la lesión del oído caminaba hacia la curación. La generalización de la meningitis estalló bruscamente acompañada de abundante salida por el oído de líquido céfalo-raquídeo. El examen del líquido obtenido por punción lumbar dió el enterococo de Thiercelin.

El autor duda si se trata de una placa de leptomeningitis limitada á la fosa cerebelosa posterior, ó de un foco de osteítis de la punta

del peñasco. De todos modos, la presencia del síndrome agrava el pronóstico y exige intervenir ampliamente en dirección á la punta del peñasco.

---

*Valor é indicaciones del tratamiento quirúrgico de los tumores malignos de la laringe.*

Tal es el título del trabajo que el Dr. Cisneros, campeón español de la cirugía laríngea, ha elegido como tema para su ingreso en la Real Academia de Medicina. La concisión que impone esta sección de «revista de especialidades», donde en rápido extracto debe dibujarse lo fundamental del trabajo revistado, nos veda trasladar íntegros párrafos hermosos, cuadros expuestos con mano maestra, en los que se pinta la vida horrible que los desgraciados cancerosos arrastran hasta la muerte, único término de sus sufrimientos.

Porque, en síntesis, el trabajo del Dr. Cisneros no tiene otra tesis que ésta: «Los enfermos que padecen cáncer de la laringe mueren indefectiblemente sin tratamiento quirúrgico; luego deben operarse, siempre que por sus limitaciones haya esperanza de poder extirpar completamente lo enfermo». Tesis sencilla, vulgar, demasiado vulgar en apariencia, pero que no se practica: de ahí su gran importancia.

Y para marcar el valor de la intervención expone la historia completísima del asunto, desde Billroth hasta Gluck; hace notar el cambio operado con la moderna técnica en especialistas tan eminentes como Semon, Moure y otros, que siendo abstencionistas al principio, hoy son francamente intervencionistas.

Compara la vida horrible de los enfermos no operados, ó á lo sumo traqueotomizados, con la vida perfectamente llevadera de los laringuectomizados, y cita con este fin un médico de pueblo á quien hizo una extirpación de laringe por cáncer hace varios años, y sin embargo ejerce su profesión, monta á caballo y lleva muy á gusto la vida. Un solo caso como éste autorizaría á intervenir; pero hay que tener en cuenta que son muchas, relativamente, las curaciones obtenidas.

Estudia muy bien las indicaciones de la clase de intervención quirúrgica en cada caso y los resultados obtenidos, haciendo esto con personal criterio, puesto que su estadística asciende á 60 intervenciones laríngeas de esta índole.

Termina su trabajo recomendando la vulgarización de la laringoscopia, con objeto de hacer diagnósticos precoces, para que no lleguen al cirujano estos enfermos cuando ya haya pasado el momento oportuno de intervenir con el mayor número de probabilidades de curación.

Dr. A. G. Tapia

## Osteo-artropatías y Cirugía ortopédica.

*Fractura de una costilla, debida á contracción muscular*, por S. Herbert Daukes. (*The Lancet*, 16 Junio 1906.)

El 20 de Febrero de 1906 fuí llamado para ver á un hombre de cincuenta y dos años, el cual presentaba una fractura de la sexta costilla de la línea media axilar. El diagnóstico no admitía duda, porque había deformidad en el punto de la fractura, y se notaba crepitación. El paciente estaba aparentemente sano; no había tumor local alguno ni otra condición patológica. Antes nunca había tenido fractura de ningún otro hueso. La costilla unió sin trastornos de importancia. Y creo es un caso el presente muy raro en la historia de las fracturas.

---

*Casuística sobre la deformación conocida con el nombre de pecho en forma de embudo*, por el Dr. Franz Raubitschek, de la Clínica de Cirugía ortopédica del Dr. Vulpius, de Heidelberg. (*Arch. für O. M. und V.* Wiesbaden, 1906. Baud IV, 1 und 2. Heft.)

Cuando esta deformación es intrauterina, como ocurre la mayoría de las veces, se ha tratado de explicar el mecanismo de su producción, así como el de las otras deformaciones, por multitud de teorías que interpretan mejor ó peor los hechos.

Ebstein, Chlumsky, etc., ven la causa en el raquitismo, y Hueter y Grünenthal en el raquitismo fetal.

Niemeyer cree que es producido por la presión del aire sobre una caja torácica reblandecida, y Schiffer por el demasiado crecimiento rápido de las costillas, que las hace doblarse pronto formando la cavidad al nivel del esternón, porque los demás tejidos blandos no crecen en la misma proporción.

Otros han creído ver el mecanismo en una presión intrauterina anormal, ó una especie de vicio en el impulso inicial formativo del tórax.

Para algunos es de origen neuropático: alteraciones ó degeneraciones nerviosas que modifican la marcha formativa (Klempeser), hipocondría, epilepsia en los ascendientes, etc. Los autores franceses admiten la posibilidad de que la sífilis hereditaria sea la causa de este trastorno, y, por fin, quizá los más aproximados á la verdad son los que ven defectos en las tracciones musculares, paresias de algunos grupos de músculos torácicos.

Lo importante es conocer en los casos pronunciados la disposición y tamaño del corazón y grandes vasos, así como la capacidad pulmonar.

El autor describe minuciosamente tres casos, con medidas de los diámetros torácicos, forma y dimensiones de la depresión, etc.

Como tratamiento, no queda otro que el mecanoterápico, desarro-

llo de la caja torácica y de los músculos inspiradores y espiradores, con ejercicios de respiración, amasamiento, etc., habiéndose obtenido resultados verdaderamente sorprendentes.

---

*Tratamiento del tortícolis. (Medical Record,* 23 Junio 1906.)

La patología y la terapéutica de esta enfermedad ha sido objeto de especial atención en la pasada década, y aun cuando todavía no esté muy claro el asunto etiológico, es indudable que se han hecho progresos en la terapéutica. El traumatismo ha sido considerado como la causa más frecuente de la deformidad, y muchos son los que opinan que las alteraciones que se observan en el músculo esterno-cleido-mastoídeo son debidas á una miositis infecciosa por fijación y desarrollo de microorganismos en el músculo traumatizado. El Dr. G. Zesas ha estudiado detenidamente esta cuestión, y cree que el tratamiento del tortícolis depende del tiempo transcurrido desde que apareció el padecimiento, y de las alteraciones secundarias del músculo y trastornos consecutivos. En los casos agudos y sin complicaciones, el masaje y los medios ortopédicos dan resultado. Si así no es, hay que acudir á la operación. Respecto á los métodos subcutáneos de tenotomía, no deben aceptarse razonablemente, siendo preferibles las operaciones á campo abierto.

Después de la operación, la gimnasia y el tratamiento mecánico son necesarios. En la intervención debe cuidarse de la yugular y del nervio accesorio espinal.

---

*Fractura de Bennett. (Medical Record,* 23 Junio 1906.)

Se llama así á la fractura oblicua de la base del primer metacarpiano, en que la mitad (ó más) palmar articular con el trapecio es deslizada de la diáfisis del hueso, dirigiéndose hacia arriba y atrás, de tal modo que simula una dislocación posterior metacarpiana. Parece ser la más común y la más importante de los huesos metacarpianos. Russ ha reunido ocho casos, todos observados el pasado año. El diagnóstico algunas veces es difícil, y da la impresión de ser rara esta fractura. En todos los casos es necesaria la radiografía. El mecanismo generalmente es producido por la aplicación de una gran fuerza en el extremo del dedo gordo ó articulación metacarpofalangiana. El diagnóstico entre esta fractura y la dislocación posterior del metacarpiano es de gran importancia para el tratamiento.

DR. SATURNINO G. HURTADO

## Proctología.

*Nuevo tratamiento de la fisura de ano. (La Sémaine Médicale,* Mayo 1906.)

El Dr. M. Chlumsky aconseja toques diarios con la mezcla siguiente:

| | |
|---|---|
| Ácido fénico puro..... | 30 gramos. |
| Alcohol rectificado..... | 10 » |
| Alcanfor..... | 30 » |

M.e

---

*Carcinoma rectal. (Revista de Medicina y Cirugía Prácticas,* 28 Mayo 1906.)

El Dr. Julio Hochenegg presenta en la *Imperial y Real Sociedad de los Médicos de Viena* varias preparaciones de cáncer rectal que extirpó por la vía sacrocoxígea, ó sea extirpando previamente el coxis y parte del sacro. De los 220 casos sólo cuenta 186, ó sea los extirpados hace más de tres años; de estos últimos no se ha presentado recidiva en 38, y por lo tanto pueden considerarse como curados. Los resultados variaron mucho en los distintos años, hecho que también se ha observado en carcinomas de otros órganos. Hace notar además el autor que ha logrado la curación definitiva en varios casos con la simple resección del carcinoma, conservando la porción esfinteriana del recto.

---

*Colostomía rectal retropróctica. (Academia Médico-Quirúrgica Española.* Sesión de 16 de Abril de 1906.)

PROCEDIMIENTO DEL DR. GOYANES

*Primera parte.*—Posición de Trendelenburg extremada. Laparotomía media desde el ombligo hasta el repliegue peritoneal de la cavidad de Retcius, rechazando hasta el diafragma las asas intestinales; exploración de la parte alta del recto y del colon pelviano, para practicar en el límite de ambos un ojal en el mesocolon que se extienda desde su inserción intestinal hasta su base lumbopelviana. Ahora se pasan á través del ojal y se anudan sobre el intestino dos mechas de gasa torcida, á algunos centímetros de distancia recíproca; se secciona el intestino con el termo, y se ocluye el cabo inferior por una sutura en bolsa, reforzada con puntos á lo Lambert.

Practicada la oclusión del cabo rectal y escindido el recto, se ve al nivel de la base del sacro que las dos hojas del mesocolon divergen para aplicarse á la pared pelviana posterior, dejando entre

sí un espacio triangular repleto de tejido conjuntivo laxo y vasos que quedan á la vista, sin que sea preciso ligarlos. Insinúanse uno ó dos dedos por este espacio, despegando suavemente el tejido celular retrorrectal de la excavación sacra, hasta alcanzar la punta del coxis; esta maniobra exangüe se hace en el vivo en cuatro minutos.

*Segunda parte.*—Dispuestas así las cosas, se cierra provisionalmente la cavidad abdominal y se coloca al enfermo en posición de talla. Se hace una incisión semicircular que siga la mitad posterior de la margen del ano, y se va disecando la mucosa rectal en todo su perímetro posterior, separándola del esfínter hasta alcanzar el límite alto de la zona esfintérica rectal.

*Tercera parte.*—En posición de talla, se introduce una pinza curva larga por el abdomen, siguiendo el espacio retrorrectal ó excavación sacra; un ayudante aplica con energía el extremo de las ramas al suelo perineal, mientras el operador completa con el bisturí la comunicación que ha de establecerse entre la excavación y la incisión curva del periné. Una pinza introducida por el ojal perineal sale á la cavidad del abdomen y coge la ligadura de gasa puesta al cabo de la sección del colon. Para poder llevarle hasta el periné basta seccionar con las tijeras las dos hojas serosas del mesocolon, sin herir los vasos; así se hace con gran facilidad. El colon pelviano conserva su riego vascular por completo. La operación queda terminada suturando al periné retroanal (labio posterior de la incisión) el contorno posterior del cabo cólico, y á la mucosa anal desprendida (labio anterior de la incisión) su contorno anterior. Para incomunicar la excavación sacra de la cavidad abdominal, deben suturarse los bordes del ojal mesocólico á la superficie externa serosa del colon pelviano conducida al periné. Desagüe adecuado.

---

*Tratamiento de la constipación habitual por los lavados del estómago.*
(*La Sémaine Médicale*, 6 Junio 1906.)

Los Dres. Spivak, Ziemssen y Calabi aconsejan los lavados cuotidianos del estómago durante quince días ó tres semanas.

El agua debe ser clara, importando poco su temperatura caliente ó fría.

Los efectos curativos que produce, y que persisten por tiempo indefinido, lo atribuyen dichos señores á la acción mecánica sobre la motricidad del estómago, cuyos movimientos peristálticos se transmiten por continuidad al intestino.

---

*Lavativas é irrigaciones. (Siglo Médico*, 9 Junio 1906.)

El profesor Sternberg estudia las primeras, dividiéndolas en lavativas evacuantes y curativas.

Como evacuantes, cita las de jabón ordinario, pues rechaza los perfumados porque pueden contener esencias tóxicas.

Un trozo como una nuez en medio litro de agua caliente.

Entre las curativas, es necesario considerar las de aceite, dadas por la noche, como una indicación de la cura de la constipación crónica en las personas ocupadas durante la jornada; este tratamiento no conviene á los nerviosos cuyo sueño es agitado, que deberán tomarlas por la mañana.

Las lavativas de aceite son también muy eficaces en casos de adherencias peritoneales; éstas se manifiestan de ordinario por crisis dolorosas que preceden el acto de la defecación. La cura de aceite será aplicada dos ó tres veces por año; durante quince días se dará una lavativa todos los días; luego cada dos, durante quince días; más tarde dos por semana, y al fin una sola.

Sternberg no es partidario de las lavativas de tanino al 1 ó 2 por 100 en las enteritis catarrales, porque provocan dolores y modificaciones patológicas de la mucosa del intestino grueso.

En los tuberculosos, la diarrea es con mucha frecuencia simplemente de causa catarral (no tuberculosa), y puede ser entonces combatida con facilidad por lavativas regulares con soluciones de ácido salicílico al 3 por 1.000.

Es contrario á las irrigaciones desde el momento que se sospecha apendicitis, porque en ella es siempre inminente el peligro de perforación.

En casos de litiasis biliar, recomienda dar todos los días lavativas preparadas con un cuarto de litro de aceite de sésamo, un trozo de jabón como una nuez, medio litro de agua caliente y la cantidad de carbonato de sosa que se pueda contener en la punta de un cuchillo, para obtener una emulsión. El efecto de este tratamiento será notable en los sujetos debilitados, limitándose á una lavativa cada dos días.

El empleo sistemático de lavativas simples ejerce una acción con demasiada frecuencia desconocida sobre la circulación de los arterioescleróscos; con ellas se llegan á contener las crisis originarias de pronóstico grave.

Las lavativas medicamentosas propiamente dichas serán siempre poco abundantes (60 gramos, por ejemplo), á base de malvavisco ó goma arábiga; entre ellas, llama la atención sobre las de colargol (0,5 á 1 gramo por 50) en caso de accidentes puerperales.

Los enemas nutritivos se compondrán, de preferencia, de leche,

una ó dos yemas de huevo, una pizca de sal y algunas gotas de láudano. Las grasas y los hidrocarburos son mal absorbidos por el recto.

Las cánulas deben ser introducidas á cinco centímetros por encima del plano perineal; las cánulas largas no las cree indispensables porque nunca pasan de 12 á 15 centímetros de altura.

Los enemas deben ser puestos siempre en decúbito supino ó lateral.

En estos últimos tiempos se tiende á sustituir, para los lavados intestinales, las sondas simples por otras de doble corriente (de Plombières, íleo-rectal, etc.), blandas, pero de algún más cuerpo, con la cual y la adopción del decúbito conveniente es casi constante poder estar seguro de pasar de la ampolla rectal.

---

*Acción diurética de las irrigaciones rectales. (Revista de Medicina y Cirugía Prácticas,* 7 Julio 1906.)

Según un artículo publicado en el *British Medical Journal*, los enemas de solución fisiológica de cloruro de sodio desenvuelven un efecto estimulante sumamente acentuado sobre las funciones renales, determinando un aumento tan rápido y seguro de la cantidad de orina como el que producen los diuréticos más activos de nuestra materia médica.

He aquí el método que el Dr. Coleman Kemp recomienda: colocado el enfermo en el lecho en posición lateral y con las piernas dobladas, se introduce en el recto una cánula de doble corriente; se adapta á ella el tubo de un irrigador de varios litros de cabida lleno de solución décimonormal de cloruro sódico caliente, y se regula la presión de manera que, aunque la referida solución éntre y salga de continuo en el intestino, permanezca siempre en él una cantidad aproximada á 500 gramos. De este modo deben inyectarse, durante cada sesión, unos treinta litros de dicho suero artificial.

Si fuera necesario, no hay inconveniente en repetir las irrigaciones cada tres ó cuatro horas; y gracias á tan sencillo procedimiento, que bien pudiera llamarse de corriente continua, se obtiene el máximum de absorción, que el autor calcula en un litro por cada tres ó cuatro que se irrigan.

---

*Tratamiento de las hemorroides inflamadas por el agua fría. (Journal de Médecine de Bordeaux,* Junio 1906.)

He aquí la técnica que el Dr. Halbhuber, autor del tratamiento, aconseja:

Lavado cuidadoso del ano después de cada defecación.

Con un irrigador de los corrientes se hace llegar un chorro de agua fría, á la temperatura ordinaria, durante dos ó tres minutos, al paquete inflamado, y se repite varias veces con intervalos de un cuarto de hora por lo menos.

Tras de cada irrigación se aplica al ano un tapón de algodón en rama empapado en agua fría, que se tiene cuidado de renovarlo varias veces.

Las sesiones deben hacerse diarias, al levantarse y acostarse, hasta obtener el resultado.

---

*Empleo de los enemas de aceite contra la constipación crónica de los niños de pecho.* (*Deutsche Med. Wochensch.*, Marzo 1906.)

El Dr. Max Wunsch ha tenido la idea de aplicar esta práctica, corriente entre adultos, en un niño de dos meses y medio de edad que desde su nacimiento padecía un estreñimiento tan pertinaz que en vano se habían empleado los laxantes, enemas de agua, supositorios de jabón y el masaje del abdomen durante quince días, sin resultados, consiguiendo una curación sorprendente con el aceite de olivas durante ocho días consecutivos.

Desde entonces le viene empleando siempre con resultado, por lo cual se permite llamar la atención de los prácticos, tratándose de una dolencia tan común como rebelde de la patología infantil.

DR. F. MARTÍNEZ SUÁREZ

---

## Vías urinarias.

*Prostatectomía transvesical con sutura de la vejiga á la uretra y reunión por primera intención*, por M. Pierre Duval. Informe por M. F. Legueu. (*Boletines y Memorias* de la Sociedad de Cirugía de París, 10 de Julio de 1906.)

En la sesión de 30 de Mayo anterior, M. Duval dió lectura de la siguiente observación:

Un hombre de cincuenta y seis años padece trastornos urinarios desde hace algunos meses. A su entrada en la clínica se encuentra en retención completa con distensión; orina por rebosamiento; la vejiga llega hasta el ombligo.

Las orinas están infectas; poliuria turbia de tres litros. La próstata es de mediano tamaño, blanda, y por palpación manual se aprecian cuatro centímetros de uretra prostática y la existencia de lóbulo medio.

El 4 de Mayo practica la prostatectomía transvesical del siguiente modo:

Posición inclinada al máximum. Gran cistotomía, comprendien-

do toda la cara anterior de la vejiga, sin inyección previa de líquido ni de aire, colocando tapones en el fondo del órgano para recoger la orina á medida que se segregue, y sin sonda uretral. Incisión circular de la mucosa alrededor del cuello de la vejiga. Cogidos los lóbulos laterales, uno después del otro, con una fuerte pinza de tracción, y elevada la próstata por el recto, por un ayudante provisto de guante, la desprende circularmente con las tijeras curvas cerradas y con el dedo, y elevándola en masa, secciona la uretra tan alto como es posible, bajo la comisura prostática preuretral, de un golpe de tijeras curvas.

La prostatectomía es total; la vía seminal, seccionada á cada lado; el espacio prostático no da sangre.

Introduciendo una sonda uretral por el meato es posible encontrar el borde superior de la sección uretral, procediendo entonces á la sutura de la mucosa vesical á la uretra, que no se realiza exactamente sobre todo el contorno. La unión vésico-uretral únicamente es perfecta en la semicircunferencia anterior; en la posterior la vejiga se suturó á la pared del espacio prostático, y por detrás la mucosa vesical fué suturada á sí misma, por lo cual la sutura afecta la forma de raqueta de extremidad posterior, y termina colocando en la vejiga una sonda acodada núm. 24. Esta sutura vésico-uretral cubre de mucosa toda la cavidad prostática, y el nuevo cuello de la vejiga es poco más ancho que la extremidad de la sonda.

Una sutura, en tres planos, de toda la pared anterior de la vejiga; un pequeño drenaje prevesical, sutura de la pared y fijación de la vejiga á los músculos por medio de dos puntos, y una sonda permanente, terminan la operación.

Las consecuencias operatorias han seguido una marcha regular. La incisión suprapubiana cicatrizó por primera intención, habiendo levantado el drenaje á las cuarenta y ocho horas y dejado la sonda permanente durante nueve días; al décimo por la mañana el enfermo orinó espontáneamente por la uretra 400 gramos, y 200 más durante el día, volviéndole á colocar, por prudencia, la sonda por la noche; y desde el undécimo día orina completamente por la uretra tres litros de orina turbia. A los diez y siete días de operado se le practica un cateterismo después de orinar, y se encuentra una retención de 200 centímetros cúbicos.

A pesar de estar infecta la orina, no se hizo ningún lavado uretral ni vesical después de la operación, en vista de que la sonda permanente drenaba con perfección.

El informe de M. Legueu empieza haciendo constar que la prostatectomía transvesical gana cada día terreno sobre la peritoneal, á consecuencia de ser más fácil, más sencilla y más conservadora

para las funciones genitales; y aun cuando su gravedad es algo mayor en la primera, no es muy diferente de la segunda.

La inseguridad de las consecuencias y lo complejo de los cuidados post-operatorios constituyen un gran inconveniente para la prostatectomía alta; y comprendiéndolo así, Freyer ha procurado precisar su técnica con una gran riqueza de detalles, á pesar de los que, aun practicándolos con toda escrupulosidad, no se puede considerar dicha técnica como salvaguardia para los enfermos.

La falta de hemostasia expone á hemorragias primitivas ó secundarias, y el drenaje por arriba, con su grueso tubo, es ilusorio. En el bajo fondo vesical se estancan las orinas sépticas, y á no hacerse grandes lavados con líquidos antisépticos, bien por la uretra, bien por el tubo hipogástrico, muchos enfermos acabarían por septicemia precoz ó tardía. Por estas razones, y siendo partidario decidido de este procedimiento, no ha cesado de criticar los cuidados post-operatorios, según aconseja Freyer, y recomendado la hemostasia, llamando especialmente la atención sobre este particular.

Duval ha suturado completamente la uretra á la vejiga, cerrado ésta y obtenido una reunión por primera intención, y esto constituye, según el informante, una feliz innovación que seguramente será seguida.

Hasta ahora, únicamente Israel había procurado y obtenido reuniones primitivas, limitándose sencillamente á cerrar la vejiga y á colocar en la uretra una sonda permanente, habiendo curado los 18 enfermos que había operado hasta el mes de Octubre.

Lo interesante, pues, en el trabajo de M. Duval no lo constituye el haber cerrado la vejiga y reducido el desagüe solamente á la sonda uretral permanente; lo especial y lo nuevo es que ha procurado y conseguido suprimir lo que hasta aquí era un obstáculo para conseguirlo, suprimiendo por un adosamiento de mucosas una cavidad abierta, una superficie denudada y cruenta y, por lo tanto, propicia á la infección.

Las ventajas de este modo de proceder no pueden discutirse en principio: recubriendo de mucosa la cavidad prostática, se atiende á la hemostasia, se quita un peligro de infección y se protege de epitelio una superficie que la naturaleza por sí misma ha de tardar en cubrir; y aun cuando la reunión de esta mucosa, débilmente adosada, no se hiciese completamente, y, lo que es muy probable, se desuniese algún punto, aún el resultado sería mejor que el obtenido dejando la cavidad de la próstata abandonada á sí misma.

La operación, hasta el presente, estaba reducida á la ablación de la próstata en el fondo de una herida en la que ni se veía ni se procuraba ver nada. Duval ha procedido con razón, haciendo más quirúrgica la intervención.

Propone en su informe M. de Juan algunas modificaciones tan juiciosas como todas las del sabio profesor, con objeto de perfeccionar todavía más la técnica de dicha operación: una incisión algo más amplia y una buena inclinación permiten operar bajo la acción de la vista, lo cual es muy importante, y en estas condiciones podría suprimirse el dedo rectal.

Prefiere los dedos, que penetran desde luego y reconocen el plano de clivaje, á las tijeras para el desprendimiento de la glándula, al menos en su cara posterior. En cambio, para la sección de la uretra le parecen preferibles aquéllas.

Duval secciona con las tijeras y á la vista la uretra prostática; la coge con una pinza y procede á suturarla á los bordes libres de la vejiga; y Legueu cree que sería preferible conservar un trozo de uretra prostática, con lo cual se obtendría un gran colgajo de mucosa, propio para aplicarse y tapizar la cavidad del espacio glandular; y, en todo caso, propone que se respete una banda mucosa de la parte anterior de la uretra, no practicando la incisión inicial pericervical, sino respetando la parte anterior del cuello, con lo que se conseguiría el poder encontrar más fácilmente la uretra, mantenerla más aproximada á la vejiga y dejar, por último, un puente mucoso que no haya necesidad de suturar.

Aun con todas estas ventajas de la modificación de Duval, piensa el autor del informe que no puede aplicarse esta técnica como regla general á todas las prostatectomías transvesicales.

Todas estas maniobras son difíciles y delicadas, y no pueden practicarse con todos los enfermos: ni en los gordos ni en los que tienen una próstata voluminosa son aplicables.

Por otra parte, la mayoría de los enfermos están infectados, y no debe olvidarse que éstos sólo pueden curarse con el drenaje y á causa del drenaje.

Hay una gran diferencia entre la poliuria turbia del enfermo de Duval y la de los grandes infectados que con fiebre ó sin ella, pero siempre con una intoxicación profunda, aguda ó crónica, recurren tardíamente á la operación, cuyo éxito sólo puede asegurarse á condición de que el drenaje sea seguro, amplio y fácil. En estos casos la vejiga debe dejarse abierta y drenada, y para conseguirlo prefiere Legueu colocar en los primeros días los tubos de Perrier-Guyon, que hacen el drenaje mejor que el gran tubo de Freyer. Para impedir la hemorragia, deja durante dos ó tres días un tapón de gasa en la vejiga, y, una vez levantado al cabo de dicho tiempo, coloca una sonda uretral permanente, que considera como el medio más preferible de drenar la vejiga.

---

*Procedimiento práctico de hemostasia después de la meatotomía*, por el Dr. Duhot. Policlínica central de Bruselas. (*Annales des maladies des organ. gen.-urinaires*, 1.° Junio 1906.)

La sección del orificio enfermo del meato urinario es una operación muy frecuente que se practica, bien con un fin terapéutico ó bien para facilitar una exploración, siendo necesario desbridar ampliamente por la comisura superior.

Este gran desbridamiento va seguido ordinariamente de una pérdida sanguínea muy abundante y bastante persistente; y como la operación se hace generalmente en el despacho del médico, es muy molesto hacer permanecer al paciente durante más de una hora en la casa.

Para evitar todo peligro, el Dr. Duhot se sirve desde hace tiempo de un instrumento inventado por el Dr. Baer, designado con el nombre de taponador uretral, compuesto de un embudo del número 28 al 30 de la hilera de Charrière y de un obturador, del que una extremidad sirve para introducirle en el meato y el otro para llenarle del polvo que ha de servir de tapón hemostático.

Antes de hacer la incisión con el meatótomo puede hacerse la hemostasia arrollando una sonda Nelaton alrededor del miembro y fijándola con una pinza; pero el autor no se ha servido nunca de este procedimiento, que considera inútil y, más que todo, doloroso. Hecha la anestesia con la stovaína, incinde rápidamente el meato, comprimiéndole entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, é introduce el instrumento de Baer en la abertura creada por la incisión. Un pequeño taponamiento es suficiente para secar las pocas gotas de sangre que hayan podido penetrar en el aparato: se llena en seguida el tubo una parte del embudo con polvo de glutol, y con la parte plana del obturador se extiende sobre la herida. Se retira el instrumento y se llena de nuevo hasta que se haya obturado toda la luz de la incisión por un tapón sólido que comprime eficazmente las paredes del canal y que provoca una hemostasia completa por su compresión y por sus propiedades hemostáticas especiales.

El glutol es una combinación obtenida por la acción de la formalina sobre la gelatina. Es un polvo gris, amarillento, sin olor y desprovisto de toda acción tóxica ni irritante, teniendo la doble ventaja de ser á la vez antiséptico por el desprendimiento de formol en contacto con la herida, sin irritarla, y fuertemente hemostático por las propiedades de la gelatina. La compresión del tapón de glutol basta para cohibir inmediatamente todo derrame sanguíneo; y si se produce alguno pequeño, él hace que se hinche la gelatina y, al dilatarse, ejerce una nueva compresión sobre los tejidos que dan sangre.

Se recomienda al enfermo que evite el orinar durante algunas horas.

Cuando la micción se verifica, el tapón es arrastrado fácilmente por el chorro de orina, sin que el enfermo tenga que hacer esfuerzos para evacuarla. Después de cada micción deben espolvorearse con el glutol los labios de la herida y rehacer el taponamiento al siguiente día.

En las dos terceras partes de casos, según Baer, la hemostasia fué completa; y en el resto bastaron uno ó dos minutos para obtenerla.

---

*De las supuestas recidivas después de la prostatectomía por hipertrofia simple*, por el Dr. M. André. (*Annales des maladies des org. gen.-urinaires*, 1.º de Julio de 1906.)

Algunos autores han creído en la posibilidad de las recidivas después de la prostatectomía por hipertrofia simple; es decir, que después de la operación, las porciones de tejido prostático incompletamente quitado podría seguir hipertrofiándose, y reproducir de esta suerte una nueva próstata.

Observando á un enfermo retencionista operado con brillante resultado, que después de dos años se vió en la necesidad de sondarse de nuevo, y el tacto rectal hacía sentir un nódulo que representaba perfectamente un lóbulo de la próstata extirpada, creí yo durante cierto tiempo en la recidiva de una hipertrofia simple por proliferación de restos de tejido que habían quedado adheridos á la cápsula. La evolución ulterior de la afección le demostraron que no se trataba de una hipertrofia, sino de un cáncer, lo cual explica la recidiva después de la ablación subtotal de la glándula.

Opina ahora que la recidiva de la hipertrofia después de la prostatectomía no existe, sobre todo desde que se procura, como lo hacen hoy casi todos los cirujanos, extirpar la próstata todo lo más completamente posible, no respetando más que la cápsula y la uretra en la medida de lo posible. Estas recidivas podrían sobrevenir después de una prostatectomía incompleta, pero no después de la operación subtotal, de la manera que hoy se practica.

Entiende M. André que estas llamadas recidivas de hipertrofia son sencillamente recidivas de cáncer, operados en su comienzo, en ocasión en que el diagnóstico diferencial es extraordinariamente difícil y aun imposible. Esto que á él le ha ocurrido en dos casos, les ha debido ocurrir también á todos los que hacen prostatectomías; es decir, que por error han operado un cáncer por una hipertrofia.

La única explicación que puede darse es que en estos casos se trata de una degeneración cancerosa injerta en una hipertrofia sim-

ple preexistente; y no deben ser raras estas sorpresas, por cuanto Albarrán y Motz dicen que en 1/10 de casos diagnosticados de hipertrofia de la próstata se encuentran lesiones cancerosas que solamente puede reconocerlas el microscopio. Sin duda, las intervenciones llevadas á cabo en estas condiciones son las que han hecho creer en la recidiva de una hipertrofia operada.

Dr. L. González Bravo

# VARIEDADES

**Los Sanatorios marítimos en Portugal.**—Para convencerse del grado de cultura de un país no hay más sino fijarse en la atención que presta á cuanto se relaciona con la protección á la infancia enferma ó abandonada. Durante el último Congreso Internacional de Medicina celebrado en Lisboa hemos visto con verdadera sorpresa, y hasta con envidia, el vigoroso desarrollo que han adquirido los Sanatorios marítimos en el vecino reino, en tanto que en nuestro país, á pesar de los incesantes esfuerzos del ilustre médico mi querido amigo el Dr. Tolosa Latour, no ha podido conseguirse ver terminado el único con que contamos, el de Santa Clara, en Chipiona, que hace años se comenzó á construir.

No es éste el momento oportuno para disertar acerca de la necesidad en que todos los pueblos se encuentran de multiplicar estos benéficos establecimientos donde se curan tantos escrofulosos, se evitan dolorosas operaciones quirúrgicas, se restan muchas cifras de muertes debidas á la tuberculosis y se establece la más segura y positiva manera de evitar la propagación de esta terrible dolencia.

Penetrados de estas verdades, los especialistas de enfermedades de niños han hecho vigorosa campaña en todo el mundo, y las naciones más cultas se han apresurado á poner en práctica las medidas por ellos aconsejadas, habiéndose multiplicado prodigiosamente los Sanatorios marítimos.

Portugal no ha quedado á la zaga en este hermoso palenque de la caridad, y en poco tiempo ha establecido los tres Sanatorios marítimos que hemos tenido ocasión de visitar durante los días que permanecimos en la hermosa capital de la nación vecina.

Está emplazado el primero en Outão, y su situación no puede ser más espléndida: el edificio que le constituye era un antiguo fuerte, cedido por el Estado para esta obra benéfica, y mediante cuantiosos donativos, debidos la mayoría á la bondad inagotable

de S. M. la Reina Amelia, ha quedado convertida la vetusta fortaleza en un soberbio Sanatorio, con hermosa y tranquila playa, dormitorios espaciosísimos donde la luz y el aire entran á torrentes; allí son acogidos los niños raquíticos, débiles, predispuestos á la tuberculosis, y allí vimos diversas criaturas ostentando las más variadas clases de estigmas escrofulosos.

Los niños son admitidos de cuatro á catorce años; permanecen todo el día al aire libre, practicando moderados ejercicios físicos (juegos de corro, marcha, paseos lentos, cantos, etc.); no existe escuela; hacen cuatro comidas diarias muy suculentas; sólo toman—los que á juicio del médico-director lo precisan—aceite de hígado de bacalao durante los meses de Noviembre á Marzo, y algún preparado de arsénico ó de iodo y hierro; á esto queda reducido el arsenal farmacológico de aquel establecimiento; lo demás se confía todo á la Naturaleza, que obra tales prodigios, que desde que se inauguró el Sanatorio, en Junio de 1900, hasta el mismo mes de 1904, han sido admitidos 166 pacientes, de los cuales han salido curados, ó notablemente mejorados, 93. En el Sanatorio que nos viene ocupando sólo se admiten niñas, y el día de nuestra visita existían 70 en tratamiento, estándose realizando obras para poder albergar hasta 100.

Dirige este Sanatorio el Dr. Calheiros, anciano venerable, que mira como hijas á todas las acogidas. En la interesante conferencia que con él celebré se mostró entusiasta partidario de esta institución; me dijo eran necesarios seis meses por lo menos de permanencia en el Establecimiento para lograr algún resultado, siendo lo más conveniente que los niños estén el mayor tiempo posible á orillas del mar: su experiencia le ha demostrado que la escrófula ganglionar es la que mejor se cura; ha visto muchos tumores blancos en rodillas, codos, cadera, etc., en plena supuración, sanar milagrosamente; en todos los pacientes se observa una notable mejoría, habiéndome referido el caso de una niña que en un año de tratamiento marítimo llegó á ganar 20 kilos de peso.

En el Sanatorio de Carcavellos, para niños, que dirige el simpático y muy ilustrado doctor Almeida, se han obtenido análogos beneficios: de 53 pequeños tratados durante un año, 26 salieron muy mejorados, 23 aliviados, 2 seguían lo mismo y 2 murieron.

El Sanatorio de Santa Ana, de fundación particular, es el más suntuoso, y en él, á más de los pabellones destinados á niños, existen otros dos aislados para enfermos cardíacos y cancerosos.

Está bajo la inteligente dirección del Dr. Almeida Ribeiro. Limitándome tan sólo á la sección de niños, los datos recogidos no pueden ser más interesantes y decisivos: desde el 31 de Julio de 1904 á 31 de Diciembre de 1905 ingresaron en el Sanatorio *cien-*

*to cuarenta y un niños*, de los cuales fueron dados de alta 79, fallecieron 3 y quedaron en tratamiento 59; de los que salieron con alta, 45 obtuvieron completa curación, 17 mejoría, 15 fueron reclamados por sus padres, y 2 salieron por no convenirles el clima marítimo.

Ingresaron 101 niños que padecían anemias ó linfatismo, 2 raquíticos, 28 con lesiones escrofulosas y 8 con tuberculosis óseas y articulares.

De los tres fallecidos, *dos* sucumbieron de bronco-pneumonía, y el tercero de meningitis tuberculosa, no habiendo permanecido en el Sanatorio más que diez y nueve días.

El tiempo medio de permanencia fué para cada niño de setenta y tres días el año 1904, y de ciento cincuenta y siete en 1905.

Los gastos que ocasionaron las estancias fueron, por término medio, 687,75 reis (unas tres pesetas diarias de nuestra moneda) el año 1904, y 474,54 reis (próximamente 10 reales) en el de 1905.

Según lo que me manifestó de palabra el Dr. Almeida Ribeiro, y lo consignado por él en la excelente memoria publicada por él mismo, los resultados obtenidos en el Sanatorio no han podido ser más sorprendentes: criaturas en el último grado de miseria fisiológica se transforman á los pocos meses de permanecer á orillas del mar en fuertes y robustas, causando el asombro de los visitantes, que les vieron al ingresar y después de su curación. El aumento de peso observado en los niños es constante, alcanzando en algunos proporciones extraordinarias; entre otros, recuerdo uno que aumentó 10 kilos en doscientos diez y ocho días, otro 8 kilos en el mismo espacio de tiempo, otro 12 y medio kilos en doscientos veintitrés días, y otro 10 kilos en ciento noventa y ocho.

Al mismo tiempo que el aumento de peso, se observa notable mejoría en el estado general, que va modificándose de manera favorable día tras día, especialmente en los que ingresan por sufrir de debilidad orgánica, linfatismo, escrofúlides ó tuberculosis ósea articular.

Los niños escrofulosos ofrecían las más variadas manifestaciones de esta dolencia: eczemas impetiginosos, localizados en las orejas, nariz, boca; adenopatías cervicales y submaxilares, algunas de extraordinario volumen; otorreas crónicas, corizas, eritema escrofuloso, blefaro-conjuntivitis y kerato-conjuntivitis numerosas y vulvitis.

De todas estas manifestaciones las más rebeldes al tratamiento fueron los eczemas y las manifestaciones oculares; á pesar de esta rebeldía, niños que entraron en un estado verdaderamente lastimoso y con keratitis bilaterales antiguas, que no les permitían ni siquiera abrir los ojos, mejoraron considerablemente en pocos días.

Los casos más graves observados por el inteligente director del

Sanatorio fueron los de varias niñas afectas de escrofúlides cutáneas y de lesiones oculares y rinitis; todas salieron curadas en el espacio de ciento noventa y cinco días, término medio de estancia, habiendo ganado en peso la que menos 2 kilos, y 4 la que más; estos resultados son tanto más notables, cuanto que, como es sabido, las lesiones escrofulosas revisten casi siempre un carácter de cronicidad que hace sumamente difícil la curación espontánea de las mismas.

En las tuberculosis óseas, los resultados no pueden ser más brillantes; entre los casos más notables registrados, se encuentra el de un niño que ingresó con un tumor blanco de la rodilla, para el cual se le colocó algunos meses antes fuera del Sanatorio un vendaje enyesado; el enfermo no podía andar sin el auxilio de una muleta, la cual abandonó al mes de estancia en el Sanatorio, desapareciéndole los dolores que especialmente durante la noche le atormentaban; otro que sufría la misma dolencia, con varias fístulas en supuración, las vió cicatrizar á los tres meses; su único tratamiento fué la permanencia á orillas del mar y un vendaje aséptico.

El caso más notable es el de una jovencita, María Eugenia, atacada de coxalgia en el lado izquierdo; estuvo en su casa dos meses en cama, después ingresó en el Hospital Estefanía, permaneciendo en él cuatro meses, también en cama y con un aparato enyesado; viendo que no mejoraba, pidió el alta y se trasladó de nuevo á su domicilio, donde al poco tiempo vió aparecer sobre la articulación enferma un absceso, que la obligó á reingresar en el hospital á las seis semanas de haberle abandonado.

Esta vez entró en la sala de Santa María, del Hospital San José, donde el absceso se abrió espontáneamente, dejando dos fístulas que parecían interminables; en este asilo permaneció cuatro meses, siempre en cama, febril, sin apetito, enflaqueciendo rápidamente, hasta que un interno del Dr. Almeida Ribeiro le pidió ingresara en el Sanatorio Marítimo de Santa Ana; admitida la enferma, que no podía andar sin muletas, y con sus fístulas abiertas, cuando hacía un año que había comenzado su dolencia, no se hizo esperar su transformación: al cabo de veinte días abandonó la cama, andaba sólo con el auxilio de un bastón, su inapetencia se cambió en apetito devorador, las fístulas se cerraron, y dos meses y medio después de su admisión, andaba sin apoyo, corría, saltaba, conservando tan sólo, como recuerdo de la terrible enfermedad pasada, una pequeña cojera, que ha sido corregida por entero por medio de zapatos apropiados.

Todos los médicos y profesores que conocieron á la paciente antes de su ingreso en el Sanatorio están hoy maravillados de su excelente estado de salud; durante su estancia, de doscientos noventa y

cuatro días, ganó 10 kilos; los médicos que hemos visto infinidad de enfermitos sufriendo terribles dolores efecto de tumores blancos, inmóviles en el lecho meses enteros, agotados por profusas supuraciones, y muriendo por fin de septicemia, de meningitis ó tuberculosis pulmonar, no podemos menos de mostrarnos absortos ante resultados tan maravillosos, y bendecir el nombre de los que, animados por un noble altruísmo, procuran el bien de los pobrecitos niños, fundando estas instituciones de caridad.

El tratamiento general de los enfermitos en el Sanatorio que nos viene ocupando difiere poco del que se emplea en los otros dos á que nos hemos referido anteriormente; todo se espera de la beneficiosa influencia del *clima marítimo*; practícanse los preceptos higiénicos con suma escrupulosidad, y aparte de las indicaciones terapéuticas necesarias en cualquiera enfermedad intercurrente, los niños sólo toman el aceite de hígado de bacalao en los meses de invierno, que es sustituído por jarabes iodo-tánicos ó de ioduro de hierro en aquellos que manifiestan gran repugnancia por el oleoso.

Los niños se levantan á las siete de la mañana; después de lavarse, almuerzan á las ocho, y pasean, corren y juegan por las galerías ó el jardín de invierno hasta la hora de comer—doce del día;—después de la comida vuelven á pasear por las galerías; si hace buen tiempo, salen á jugar en la playa; de tres á cuatro meriendan; á las seis cenan; después juegan hasta las siete, hora en que se acuestan; en el verano, cenan á las seis y media y se acuestan á las ocho; en el intervalo del desayuno á la comida funcionan, en días alternos, dos clases, que sólo duran una hora: una para los niños analfabetos; en ella se les enseñan las primeras letras; otra donde los que tienen algunos rudimentos de lectura y escritura hacen ejercicios de ambas cosas y de nociones de aritmética. Las niñas de más años se entretienen en ligeros trabajos de costura y ocupaciones de arreglo de una casa, todo en relación con su edad; la alimentación es de primera calidad, y como se paga bien y al contado, no se adquiere por administración ni contrata, sino como en una casa particular: los proveedores sirven bien, y los niños comen de lo mejor y en excelentes condiciones de sanidad.

Si á esto se agrega el soberbio Dispensario para tratar á tuberculosos adultos, inaugurado durante los días del Congreso, podrá formarse idea del vigor con que en Portugal se ha empezado la lucha contra el más terrible de los azotes que hoy afligen á la humanidad: la tisis.

Según un notable trabajo del profesor Lencastre, presentado al Congreso, España, con 18 millones de habitantes, pierde 5.000 individuos por millón cada año por tuberculosis, en tanto que Inglaterra, con 42, sólo pierde 1.500; bastan estos datos para dar idea del

valor que tienen las medidas adoptadas por todos los pueblos cultos para prevenir los estragos de la tisis, entre las cuales figura en primera línea la creación de Sanatorios marítimos para niños escrofulosos.

Las clases directoras de Portugal están plenamente convencidas de su eficacia, y secundando las nobles iniciativas de S. M. la Reina Amelia, se ocupan con preferente atención de tan vitales asuntos, mientras que en nuestra desdichada nación regístranse cifras de mortalidad espantosas en los niños, y en los adultos millares de defunciones debidas á la tuberculosis, sin que se les ocurra á nuestros ilustres y adinerados dedicar una pequeña parte de sus frecuentes y cuantiosas mandas á conventos é iglesias en beneficio de los niños que sufren víctimas de la miseria y del abandono, ni ocuparse de ningún género de profilaxis, sin perjuicio de protestar y hasta de blasfemar cuando ven muertos á sus hijos por el germen que les transmitió el desvalido, habiéndose podido salvar ambos con un poco más de caridad y amor hacia los niños pobres y enfermos.

DR. CALATRAVEÑO

---

## Una estación helioclimatoterápica.

«Nihil ex é utilius sale et *sole*.»
Plinio: *El naturalista*, lib. 31, cap. VI, núm. 28.

En posteriores artículos nos iremos ocupando de los diversos métodos y procedimientos que se emplean en la actualidad para la aplicación de la luz solar en la cura de las enfermedades; agente terapéutico de gran porvenir, y cuya acción, lenta, pero constante, con sus fenómenos de excitación y depresión sobre nuestra economía, bastan en muchos casos para producir la curación completa de enfermedades que no habían obtenido alivio alguno por otros procedimientos y con otros agentes terapéuticos. Arnoldo Rikli, Maximiliano Mehl, Platen, Lahman y tantos otros serán objeto de nuestra atención en artículos sucesivos, ocupándonos en éste someramente del Instituto Helioclimatoterápico titulado «La Mantega», cuyo grabado nos da una idea de la situación ideal donde radica y donde hoy día es aplicada la helioterapia por los Dres. Hamesse, Malgat y otros, de un modo regular y científico, obteniendo y demostrando sus estadísticas presentadas en el último Congreso de París, que los enfermos de tuberculosis y otras dolencias en el primer grado se curan el 100 por 100, en el segundo un 93 por 100 y en el tercero un 66 por 100.

Este Instituto, situado en una larga plataforma á 125 metros de

altura de las bellas colinas de Niza, está rodeado de un medio círculo de montañas abierto al Mediodía. Tan gigantesco abrigo natural protege al establecimiento de los vientos reinantes Este, Norte, Oeste, y más especialmente del Mistral, á cuya circunstancia es debido, por la tranquilidad en que se hallan las capas atmosféricas, su transparencia en el ambiente, demostrando los análisis la pureza en el aire, que se halla fuertemente ozonizado; su suelo pérmeable impide la humedad, y soleado fuertemente por mañana y tarde, hace que este aire sea reconstituyente, sedativo y antiséptico. Su temperatura no desciende de 12° centígrados aun en pleno rigor invernal, y sus

lluvias son escasas, pues se goza siempre de doscientos diez días al año completamente despejados, según las estadísticas de Teysseire y Richelmi, y donde la intensidad lumínica es excepcional comparada con los países del Norte; es, por tanto, un país muy favorable á la destrucción de los microorganismos, de acuerdo con la teoría de Marshall-Ward, el cual asegura que las radiaciones azules del espectro son muy bactericidas, teniéndose esto en cuenta en ciertos climas en que el azul celeste predomina por las radiaciones de este color.

Después de las experiencias de Tyndall, los cálculos de lord Roleigt y los estudios de Cornu y Jansen, sabemos que el color azul es la prueba de una abundante polarización de la luz solar, no pudiéndose producir esta polarización más que en un medio donde las partí-

culas de agua no pasen en volumen al cubo de la longitud de la onda de los rayos incidentes; y Cornu dice, de un modo general, que la cantidad de luz polarizada está en razón directa de su intensidad. Igualmente ha demostrado Duclaux, bajo el punto de vista actínico, la influencia del clima, medido en el actinómetro de Becquerel, por el cual se ve que aun en presencia del sol varía su acción con la latitud, siendo independiente de la temperatura. Dentro de idénticas condiciones, cuanto el día es más claro y sereno, por la acción de contacto de la luz solar se pueden producir más oxidaciones y mayores reducciones en nuestro organismo.

Estudios son éstos que permiten aclarar ciertos puntos de climatología y llegar á conocer la acción de ciertos climas que por su gran luminosidad se consideran privilegiados, debido á las modificaciones que esta misma causa ejerce sobre los tejidos animales, y que apreciamos y percibimos. Cuanto más límpida es la atmósfera, mayor es el número de rayos actínicos que pasan á través de ella, y que son absorbidos por las materias oxidables y reductibles en suspensión en el aire, siendo así favorecidos los cambios moleculares en la superficie del cuerpo, y se hace la regeneración de los hematíes en la enorme capa sanguínea que contiene los elementos del dermis.

Son los primeros rayos de sol en el organismo de verdadera acción terapéutica, y de aquí la indicación, en un principio empírica, de levantarse temprano, que la ciencia ha venido á comprobar más tarde.

La Mantega contiene los últimos adelantos higiénicos y rigurosamente científicos; su orientación al Sur, con vistas al mar, y sus habitaciones fuertemente soleadas, tienen una cubicación de setenta y cinco metros de aire, habiendo cuartos de baño y sala de ducha en cada uno de los seis pisos que tiene el Instituto.

La helioterapia se practica por el método del Dr. Malgat, donde se emplea la cura por el *aire* y por los *rayos solares,* pudiéndose practicar por la bondad de su clima, situación topogeográfica, con las ventanas abiertas en todo tiempo, ventaja muy apreciada por los enfermos, y por medio de la cual de una manera metódica se mide la aireación necesaria en los anémicos, convalecientes, neurasténicos y afectados de las vías respiratorias.

El parque del Instituto Helioclimatoterápico, del cual nos ocupamos, y donde se goza un panorama bellísimo, se halla decorado con todas las plantas que crecen y se desarrollan en la flora meridional: pinares, girasoles, olivares, eucaliptus, palmeras, higueras, naranjos y limoneros; mientras que en las laderas, bordeadas de geranios, rosales, claveles y jazmines en flor, le dan un aspecto oriental. Y en este sitio encantador, inundado de luz y de flores, se recrea la vista

sobre las cimas nevadas, donde reina la desolación de los largos inviernos.

Sus puestas de sol no ejercen sobre el organismo acción alguna nociva, pues su aire seco, tibio y puro no hace notar la frescura que en la orilla del mar ó en los valles se percibe al atardecer.

El espíritu reposa, el alma se eleva y la salud se recobra con la contemplación de los vastos horizontes sobre el mar azul, belleza salvaje de la gran montaña y que tan bien representa nuestro grabado.

En el sitio más abrigado del parque, en medio de oasis de pinares y olivares, se hallan colocadas las magníficas galerías de cura helioterápica.

En el laboratorio, que se halla en pabellón separado para los análisis microscópicos, micrográficos y químicos, se practica el análisis de la sangre diariamente por un método especial que permite de un modo matemático seguir los progresos de la cura helioterápica sin dejar nada al azar.

Borriglione, á este propósito, nos habla de que la sangre es verdad que absorbe una gran proporción de rayos químicos, mas no todos, pues tanto la sangre arterial como la venosa deja pasar por transmisión una cantidad de radiaciones químicas superior á lo supuesto por Finsen; y cita á Malgat, el cual, al tratar este asunto, dice: «La sangre humana es un líquido de aspecto distinto según sea arterial ó venosa, de rojo púrpura ó de rojo-obscuro, cuyos tintes de color no son encontrados como tales tintes por el espectroscopio, y por tanto no pueden ser considerados como colores primitivos, sino más bien como mezcla, debiéndose aplicar para este caso la ley general por que se rigen las mezclas de líquidos coloreados, y no la ley de física aplicada por Finsen.

Para la cura helioterápica se requieren trajes blancos, de franela ó lienzo, y quitasol, pues según las últimas experiencias no es absorbido ningún rayo solar por el color blanco.

Este procedimiento es el mismo descrito en mi trabajo *Dos palabras sobre la helioterapia*, que se emplea en la clínica quirúrgica del Dr. Grinda en el Hospital de San Roque, de Niza.

Practicábase primero con las ventanas cerradas; mas pensando que muchos de los rayos químicos podrían ser absorbidos por los cristales, se practica en la actualidad con las ventanas abiertas. Las primeras exposiciones á la luz solar de las heridas suturadas en los que acaban de ser operados se hace al practicarles la cura, sobre todo y más especialmente tratándose de enfermos en que la cicatrización de las superficies cruentas por primera intención es de presumir. De lamentar es que en las primeras exposiciones no sea colocada sobre las suturas una capa ligera de algodón esterilizado ó

una gasa aséptica para evitar el contagio que puedan producir algunos insectos y para filtrar el aire sin impedir el paso de los rayos solares.

Los enfermos que habían sufrido resecciones á causa de antiguas lesiones supuradas fueron expuestos desde la primera cura.

Para reglar la duración de las exposiciones se emplea el fotómetro Decoudun, que mide la intensidad de la luz azul, y por deducción se saben las demás intensidades de los distintos colores.

No se ha empleado nunca un compresor de corriente de agua fría que pueda á la vez isquemiar la región insolada y absorber los rayos caloríficos. Por toda precaución se preservan las partes del cuerpo tratadas por los rayos solares por lienzos blancos más ó menos espesos, cuyos tejidos, según las experiencias del Dr. Malgat, citado ya anteriormente, no absorben ningún rayo del espectro solar.

Los hombres, de piel más pigmentada que la de las mujeres y los niños, han podido soportar hasta una hora y media de exposición continua; pero la exposición media ha sido de veinticinco á treinta minutos, con una intensidad de 1/4 á 1/8 de segundo de exposición y una temperatura media del sol de 25° á 37° centígrados. Por debajo de esta temperatura el tratamiento ha sido practicado directamente.

Los tuberculosos quirúrgicos tratados por este método estaban en períodos más ó menos avanzados, y los más frecuentes sometidos á la helioterapia fueron las adenitis y las osteo-artritis.

Un fenómeno que nos ha parecido hacer constar en estas afecciones ha sido la atenuación y después la completa desaparición de los dolores superficiales y profundos. Esta acción analgésica y anestésica observada al principio del tratamiento es lo que ha hecho á los enfermos continuarlo con más esperanza.

Se ha probado que en ciertos casos de lesiones tuberculosas recientemente operadas la cicatrización se ha hecho rápida, evitando así la formación de fístulas casi incorregibles. En uno de estos casos la cicatrización superficial fué tan rápida, que dejó bajo los tejidos focos virulentos, que se desenvolvieron más tarde por haber cesado la helioterapia demasiado pronto.

El efecto curativo de los rayos actínicos es incuestionable en la reparación de los antiguos focos supurados y cuyos tejidos tienen poca vitalidad. En estos casos se detiene el proceso rápidamente y toman muy buen aspecto las superficies cruentas.

Con el acrecentamiento febril, según opina Liebermenster, las vibraciones luminosas van poniéndose acodadas en tonos progresivamente más altos ó exagerados, debido á que por unidades de tiempo el número de aquéllas se hace más considerable.

Razón es recordar que la absorción luminosa fué considerada por nosotros, dentro del orden fisiológico, como resultado de que vibrase al unísono el éter transmisor y los átomos receptores de la materia organizada, por lo cual el movimiento luminoso, sin esa coincidencia vibratoria, se revierte por reflexión y se dirige á otro punto.

Sólo así puede juzgarse bien el hecho de que los rayos ultraviolados con su mayor rapidez sean los que alcancen un grado máximo de absorción dentro de los estados febriles: de la materia receptora toma condiciones para vibrar sincrónicamente con ellos, mientras en los estados normales ó fisiológicos, por cuanto no existe en toda su plenitud ese dinamismo propio de los átomos orgánicos para vibrar al unísono con el éter transmisor de la luz, disminuye el poder absorbente que implica un cambio de manifestación en la energía, quedando reflejados los rayos luminosos sin que la potencia química de los mismos ejerza sobre la economía sus efectos excitantes.

El Dr. Revillet, del Asilo de Cannes, en una comunicación dirigida al Congreso de Climatoterapia de Niza en 1904, cita dos casos de curación de vastas resecciones antiguas, practicadas por el profesor Poncet, de Lyón, sobre las víctimas de la catástrofe del ferrocarril de Peage de Roussillon.

En estos tejidos de poca vitalidad la reparación se hace muy lentamente; y en su vista, Poncet decidió enviar sus operados á Cannes á ensayar el efecto de la helioterapia, bajo cuyo tratamiento la cicatrización y reparación de los tejidos se hizo rápidamente.

Los rayos actínicos obran á la vez por el poder que ellos tienen de disminuir la vitalidad de las bacterias, de atenuar el poder de las toxinas y de estimular las funciones orgánicas de la piel.

La teoría desarrollada por Guimbail sobre la antisepsia producida por los agentes físicos puede decirse que se realiza aquí, toda vez que esta antisepsia verdaderamente científica está fundada en el mejoramiento de las funciones orgánicas, la atenuación de los elementos infecciosos de sus toxinas en la esterilización de los constituyentes elementos de la enfermedad, en el aumento de la energía de defensa de la infección bacteriana, produciendo mayor actividad de resistencia al terreno donde se han de desarrollar, por lo cual puede decirse que es una verdadera antisepsia patogénica.

Onimus, en 1895, ya demostró la penetración de la luz solar en los tejidos, impresionando á través de la palma de la mano, sobre la que se proyectaba un rayo luminoso, una placa fotográfica; y Savary fotografió á una joven algunos días antes de la aparición de una fiebre erectiva, presentando en la placa de la fotografía las manchas de las antenas, que en aquel momento eran latentes, las

cuales aparecieron más tarde. La placa había sido impresionada por los rayos refractados, que eran modificados en el interior del dermis por la coloración profunda que existía. Malgat, médico-jefe de este Sanatorio, ha hecho sobre este punto importantes observaciones, para lo cual coloca en una habitación expuesta al Mediodía, recibiendo radiaciones solares directas por una ventana abierta, á una joven sobre un escabel, con la espalda y el pecho completamente desnudo, cuidando de tener el resto del cuerpo en la sombra, especialmente la cabeza, y recibiendo en la espalda los rayos solares directos. La abertura de un objetivo de una máquina fotográfica con lente azul, en donde se ha colocado una placa en cuyo centro existe de antemano un papel negro impenetrable á los rayos químicos, se adosa perfectamente á la parte inferior del esternón de la muchacha, impidiendo que ningún rayo luminoso penetre entre la piel y el objetivo. Al cabo de veinte minutos de exposición la placa se halla coloreada toda ella, en cuyo centro vemos la imagen negra del papel impenetrable á los rayos químicos; y este hecho nos demuestra claramente la penetración de estos rayos de la luz solar á través del cuerpo humano.

Las experiencias de Quincké, de Kiel, el cual demuestra que la luz provoca la oxidación de los tejidos donde se halla el oxígeno de la sangre en estado libre y á medio combinar, dando por resultado la atenuación microbiana, de lo cual resulta que los leucocitos toman una gran superioridad. «La diapedesis de los glóbulos blancos, la fagocitosis es mucho más activa, las células conjuntivas proliferan, los agentes de defensa crecen y se multiplican, el éxtasis sanguíneo y el linfático disminuyen, los exudados son absorbidos por los vasos, y la región se normaliza.»

Henocque ha demostrado que en los individuos expuestos á la luz hay una disminución en la reducción de la oxihemoglobina por la oxidación más completa del protoplasma hemático.

El progreso humano, al procurarse los procedentes á prácticas más abreviadas, cómodas y agradables para la realización de cuantos fines abraza la vida en sus distintos aspectos individual y colectivo, combina y modifica cual puede esas mismas circunstancias, sometiéndola á mayor complicación, tensión y apremio.

Una vez que la actividad cósmica, ya respondiendo desembarazadamente á su primitiva iniciación histórica, ya como dándose á circunstancial dominio transformador del hombre, aparece saludable ó patogénica en relación á como éste la reciba, seguro es que la higiene aparecerá concordante con las manifestaciones del universal desenvolvimiento, dentro del cual dispondrá los agentes naturales, al fin de que aun con esas complicadas evoluciones propias del progreso pueda la salud resultar compatible.

Cual todos los agentes naturales, la luz solar muestra su importancia no sólo por actos de presencia, sino por exclusión, á la que nos lleva el curso intercadente de sus apariciones ante nuestro planeta. Y tales actos de presencia, diseminados ó esparcidos lo mismo por el horizonte de las inmensas llanuras campestres que por el reducido ambiente de las viviendas, reclaman la adaptación de la higiene, siendo necesario, tanto en lo físico como en lo fisiológico, atemperarse á las recíprocas relaciones existentes entre lo que actúa y lo actuado, deduciendo comparativamente el valor de la consiguiente actuación.

En el sanatorio de La Mantega, del cual nos venimos ocupando, donde la cura solar de la tuberculosis se aplica en todo su vigor, el Dr. Hamesse, nuestro querido amigo y director del Instituto, ha hecho importantes observaciones bajo el punto de vista bacteriológico.

Los diferentes análisis microscópicos de los esputos que ha hecho en diferentes épocas en el curso de la cura solar muestran claramente la acción nociva de los rayos solares sobre el bacilo de Koch en los focos profundos de tuberculosos torácicos. Observada una enferma al principio de la enfermedad, antes de empezar el tratamiento helioterápico, en el mes de Marzo de 1905 el análisis reveló la existencia de multitud de microorganismos de toda especie: bacilos de Koch muy numerosos, reunidos en grupos; micrococos, tetrágenos, estafilococos, estreptococos en gran cantidad, proteicos, sarcinas, etc. Más tarde, analizados nuevamente los esputos, los bacilos de Koch eran menos abundantes y habían adoptado una forma encorvada; pero los estreptococos y estafilococos existían siempre en cantidad considerable.

Infinidad de veces hizo el análisis, y no encontró cambio sensible. Este *statu quo* persistió hasta el mes de Abril, en que la enferma llevaba un mes de sometida á la cura solar, y cuando se analizaron nuevamente sus esputos no se encontraron estafilococos ni estreptococos.

Se repitió el examen algunos días después, y no se encontró ningún estafilococo ni estreptococo. Esta desaparición coincidió con una baja completa en la temperatura.

Actualmente nosotros, en el Instituto de Terapéutica Operatoria del Dr. Rubio (Moncloa), nos hallamos ensayando el procedimiento helioterápico de una enferma operada de perinorrafia, y en la cual los resultados obtenidos hasta ahora no han podido ser más satisfactorios.

Las observaciones clínicas demuestran los beneficios de los climas soleados en la marcha de la tuberculosis, y la de los brumosos y oscuros en los tifus y el cólera, como si de la misma suerte que

existen microbios aerobios y anaerobios, los hubiera también fotófilos y fotófobos.

Este asunto es de tal importancia hoy bajo el punto de vista higiénico y terapéutico, que ya en Quito, en la importante revista médica *Estudios de Medicina*, en el último número de Febrero del corriente año, se llama la atención de los médicos sobre el tratamiento helioterápico del Dr. Amesse y Bousquet, entendiendo que las condiciones de altura y situación especial en que se halla Quito hacen prever los mejores resultados, tal vez superiores á los obtenidos por el médico de Niza.

DR. EDUARDO MASIP

***

**El nuevo ministro de Instrucción Pública.** — Apenas transcurrida una semana desde que nuestra REVISTA, en su último número, saludaba al ilustre catedrático D. Alejandro San Martín como ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, la inestabilidad de nuestra política nos privó del placer de aplaudir las beneficiosas reformas que en materia de enseñanza esperaba la clase médica del nuevo consejero. Y aunque de su paso por el Ministerio no quede nada consignado en la *Gaceta*, no ha querido merecer la nota de perezoso; y para justificarlo, ha repartido con profusión un elegante folleto, que contiene una Real orden y dos proyectos de Decreto que tenía preparados para llevarlos al *Diario Oficial*, y que han de ser muy discutidos.

Hoy tenemos que felicitarnos de que la elección haya recaído también en un profesor tan prestigioso como el Dr. D. Amalio Jimeno y Cabañas, catedrático ilustre que, á su gran talento y elocuencia, reúne conocimientos profundos acerca de las necesidades de la enseñanza, y á quien, á juzgar por lo que la prensa diaria nos ha anticipado de sus proyectos en el alto cargo que ahora desempeña, inicia bien el camino de las reformas para nuestra regeneración. Desde las columnas de esta REVISTA enviamos al señor ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes la más cordial enhorabuena, deseándole mucha fortuna y larga vida en su nuevo puesto.

# AVISO

*Toda la correspondencia administrativa* (suscripciones, bajas, reclamaciones, devoluciones, etc.), así como los *giros, pagos y cobros,* se dirigirán al

**Sr. D. Manuel Lahora,**

*calle de Augusto Figueroa, núm.* 36, *segundo.*

El *cambio* ó *canje* de periódicos, *libros* ó *folletos* para bibliografía, y *trabajos* ó *artículos* para la Revista, al Instituto Rubio, á nombre de los *Secretarios de Redacción.*

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

### LAS RETRODESVIACIONES UTERINAS COMO CAUSA DEL ABORTO HABITUAL

POR EL DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

Una de las causas más frecuentes del aborto habitual durante el primer tercio de la gestación es, sin duda alguna, la desviación de la matriz hacia atrás, ya sea en versión, ya en flexión, ó bien en retroversoflexión, que es la más común. Esta causa, á la que se concede menos importancia de la debida, es, según mis estadísticas, la que ocasiona el mayor número de abortos del segundo al tercer mes del embarazo, que se repiten en sucesivas gestaciones si no se diagnostica y corrige.

Basta pensar un poco en las alteraciones que se originan á consecuencia de este cambio de posición del útero, cuando es permanente, y en las que subsiguen á la producción del aborto, para comprender la facilidad con que éste puede repetirse.

Aunque existen retroversiones y retroflexiones simples, es decir, de las que Richelot llama *primitivas* ó movibles, que se soportan perfectamente y no dan lugar á molestias, toda retrodesviación crea á la larga en el útero, por un mecanismo que no es necesario explicar, modificaciones de circulación y de textura más ó menos profundas, según las condiciones individuales, que se traducen por la congestión pasiva primero, después por la imbibición edematosa, más tarde por la proliferación conjuntiva y la hipertrofia; en una palabra, que crean la metritis crónica.

La mucosa uterina participa igualmente de los cambios que se producen en el parénquima y llegan á ocasionar su hiperplasia, por lo cual se encuentra en las peores condiciones para alojar el óvulo fecundado y llevarlo á completo desarrollo.

Por otra parte, la presencia del cuerpo del útero en la fosa peritoneal de Douglas deprime el fondo posterior de la vagina, acortándolo, y de este modo viene á ser aquel órgano el blanco de todo traumatismo durante las relaciones sexuales, que por este motivo suelen

ser dolorosas, despertando contracciones uterinas y congestiones que dan por resultado una hemorragia y la expulsión del producto de la concepción.

Si preguntamos á las enfermas sobre la época en que ha ocurrido el accidente y los fenómenos que le precedieron, casi siempre obtendremos la misma respuesta: después de un coito verificado en los días en que debiera corresponderles la regla, han tenido una hemorragia abundante y de corta duración, experimentando tras ella violentos dolores seguidos de la expulsión de coágulos, entre los cuales salió el huevo. Esta expulsión, á veces, no suele ser completa, y la mujer pierde sangre por espacio de muchos días, lo que nos obliga á intervenir para limpiar la cavidad uterina de los restos ovulares que quedaron retenidos y evitar los peligros de una infección.

En estas condiciones, la involución de la matriz se verifica de un modo imperfecto, sobre todo si la enferma ha carecido de dirección facultativa durante el aborto; la infección puede alcanzar la mucosa uterina y provocar una endometritis que viene á complicar la situación, y á las lesiones propias de la retrodesviación del útero se unen las que por efecto de la infección se producen en el parametrio y en los anexos uterinos, convirtiendo la retroversoflexión primitiva ó movible en sintomática y adherente ó fija.

Si en tales condiciones la mujer se hace de nuevo embarazada, difícilmente llevará su gestación más allá del tercer mes, viendo repetirse el aborto, que de este modo se convierte en habitual.

No quiere esto decir que toda mujer que sufre una retrodesviación uterina haya de abortar necesariamente, pues en muchos casos la gestación es el medio curativo por excelencia de estas desviaciones movibles, consiguiendo elevarse paulatinamente el órgano desde la estrecha cárcel de la excavación pelviana hasta la gran cavidad sin que el embarazo se interrumpa, gracias á esta reposición espontánea; pero no se me negará que la retroversoflexión es la causa más frecuente del aborto durante los tres primeros meses, por las razones indicadas. Esto sin contar para nada con las complicaciones que sobrevienen por lo común en el cuarto mes de la gestación en un útero retroflexo, á las cuales consagran todos los tratados de Obstetricia un capítulo especial con el epígrafe *incarceración del útero grávido*, bastante menos frecuente que el aborto debido á las mismas desviaciones, puesto que en algún centenar de embarazadas sólo he observado cinco veces este accidente, de cuyos casos cuatro han sido ya publicados por mis discípulos en diferentes revistas y comunicados á la Sociedad Ginecológica, y uno permanece aún inédito. De modo que, según mi estadística, el aborto antes del cuarto mes vendría á resultar cuatro veces más frecuente que la *in-*

*carceración;* es decir, que de 100 mujeres embarazadas y con útero en retroversoflexión abortan 20, y sufren los fenómenos de *incarceración* 5.

Esto nos obliga, por lo tanto, á mirar con detenimiento un asunto que, aparte la cuestión social, implica un problema serio para la familia y un peligro para la salud de la mujer.

Se impone, pues, el tratamiento de estas desviaciones, siquiera sea para evitar los accidentes que dejo apuntados, aunque en estado normal no causen por sí mismas la menor molestia á la mujer. Y en este supuesto, hay que considerar el asunto bajo dos aspectos distintos: según que seamos llamados cuando la mujer se encuentre en el segundo ó tercer mes de una gestación, ó, por el contrario, si nos consulta después de ocurrido el aborto y en previsión de corregir alguna lesión uterina que pueda haberle provocado.

En el primer caso, y una vez comprobada la retrodesviación primitiva ó movible, le aconsejaremos quietud hasta pasar el quinto mes de su embarazo, permaneciendo todas las mañanas media ó una hora en la cama en posición genupectoral, con el fin de favorecer la reducción espontánea de la desviación y evitar las complicaciones de la *incarceración*. A la vez, es conveniente administrar la tintura alcohólica al quinto de *viburnum prunifolium*, como descongestionante y analgésica, á la dosis de 20 gotas por mañana y tarde en agua azucarada, de cuyo medicamento he obtenido siempre excelentes resultados.

Si á pesar de estos medios la retrodesviación no se corrige y amenaza el peligro del aborto ó de una *incarceración*, nos veremos obligados á practicar la reducción manual, después de vaciados la vejiga y el intestino; y para ello se colocará la mujer en posición genupectoral forzada.

En los cinco casos de *útero incarcerado* por mí observados me ha bastado la permanencia en posición genupectoral para conseguir la reducción espontánea, habiendo recurrido á la vez al cateterismo. La última enferma vino á consultarme en Julio de 1903; y era tal su situación y tan grandes sus sufrimientos, que apenas podía sostenerse en pie, por lo cual la primera impresión hacía sospechar una lesión grave de la pelvis; se hallaba en el cuarto mes de su quinto embarazo, habiendo terminado el anterior por un aborto de dos meses; hacía tres días que no orinaba sino algunas gotas, y sufría intensos dolores acompañados de escalofríos y fiebre. En seguida pensé en la *incarceración* del útero; y con efecto: la vejiga, enormemente distendida, formaba un tumor que llegaba al ombligo; en cambio la excavación pelviana estaba ocupada por el cuerpo del útero, fuertemente flexionado, deprimiendo el fondo y tercio superior de la vagina, en tanto que el cuello se elevaba sobre la sínfi-

sis pubiana, estirando y comprimiendo la uretra. Practicado el cateterismo con alguna dificultad por la disposición de la uretra, salió una cantidad extraordinaria de orina turbia y de fuerte olor amoniacal, cuya extracción fué seguida de un lavado de la vejiga, quedando la enferma completamente aliviada de sus molestias. Repetido el cateterismo dos veces más, y permaneciendo la embarazada en posición genupectoral durante tres horas diarias, vimos corregida la retroflexión al tercer día, advirtiendo la enferma el mismo fenómeno que nos han indicado las demás al terminar la reducción, es decir, cuando el útero sale de la excavación para traspasar el estrecho superior y caer en la gran cavidad pelviana; una especie de chasquido, de algo que se desprende, seguido del deseo de orinar, lo que desde aquel momento verifica la mujer con gran facilidad.

Y este mismo resultado se obtiene en los casos ordinarios de embarazo con retrodesviación durante los tres primeros meses, cuando todavía no se han presentado los síntomas de la *incarceración*, evitando de esta suerte el aborto y las consecuencias de la retención, que es casi obligada.

Hace tres años fuí llamado por una señora de ilustre apellido, quien hallándose en el tercer mes de su embarazo notó algunas manchas de sangre. Alarmada por esta circunstancia, teniendo gran empeño en que su embarazo llegase á término, y sabiendo que su matriz estaba en retroversión y había ésta sido causa de un aborto anterior seguido de retención que puso en peligro su vida, salvada gracias á los cuidados del profesor Pinard, se sometió con una constancia admirable á la quietud y á la posición genupectoral, unida al uso del *viburnum*, consiguiendo al cabo de diez días la reposición espontánea de la retroversoflexión y la continuación normal del embarazo, que terminó con la expulsión de un robusto niño.

Cuando la mujer se ha hecho embarazada padeciendo una retrodesviación de las llamadas sintomáticas, es decir, debidas á lesiones peritoneo-anexiales, que han dado lugar á firmes adherencias de la pared posterior del útero al fondo peritoneal de Douglas y á la serosa rectal, la exposición al aborto es mayor y la reposición espontánea más difícil.

En efecto: aunque la imbibición que sufren los tejidos pelvianos, por la actividad circulatoria del embarazo, los hace más blandos y distensibles, el estímulo que determina el movimiento de acomodación, á medida que aumenta el volumen del útero, para remontarse hacia el estrecho superior luchando con la resistencia que oponen las adherencias á este movimiento ascensional, despierta contracciones uterinas que fácilmente ocasionan la interrupción del embarazo. En estos casos se impone la quietud absoluta, la administración de la tintura de *viburnum* y la aplicación de tapones vaginales empapa-

dos en una solución de thigenol en glicerina al 20 por 100, á fin de favorecer la reabsorción de los exudados que sujetan la matriz y ayudar á la reposición de modo suave.

Esto por lo que respecta al tratamiento de las retrodesviaciones uterinas durante el embarazo. Fuera ya de este estado, el problema terapéutico se presta á mayores discusiones, por no existir criterio uniforme sobre la manera de apreciarlo.

Es muy común la creencia de que la mayor parte de las retroversoflexiones en las pluríparas tienen su origen en el puerperio, por no haber guardado la mujer el reposo necesario y haberse dedicado demasiado pronto á sus ocupaciones, dificultando con esto la involución del útero, que por su mayor peso tiende á la retrodesviación, favorecida por la presión intraabdominal.

Aparte de que los experimentos realizados en muchas puérperas por el profesor Otto Küstner, llenando la vejiga y el recto de agua, han venido á demostrar que mientras los ligamentos son normales, aun estando de pie la mujer, el útero no se desvía hacia atrás aunque se ponga en acción el esfuerzo abdominal, teniendo más bien el útero puerperal tendencia á la anteflexión, la observación clínica lo comprueba diariamente al encontrar estas retrodesviaciones con más frecuencia en las mujeres de clase acomodada y que cuidan más sus puerperios, que en las de la clase obrera, que dejan la cama al segundo ó tercer día.

Recientemente he asistido á una señora joven en su tercer parto, que fué completamente normal, verificándose rápidamente la retracción de la matriz y siguiendo el puerperio una marcha fisiológica, á pesar de lo cual esta señora no quiso dejar la cama hasta pasadas tres semanas, permaneciendo en posición supina todo este lapso de tiempo, é incorporándose sólo para hacer su *toilette* y para comer; pues esta puérpera, cuando abandonó el lecho, tenía el útero en retroversoflexión movible, notando peso en la pelvis, tirantez á las ingles y dolor lumbo-sacro en cuanto daba dos pasos, por lo cual está decidida á que se practique la reposición. No debe, pues, exagerarse la quietud durante el estado puerperal, y conviene más practicar durante la primera quincena un examen detenido del aparato genital, para sorprender y tratar cualquier traumatismo, cualquiera infección que pueda retardar la involución del útero y convertir, por su propagación á los anejos y al peritoneo, una retrodesviación movible en fija; cuidados tanto más necesarios si se trata de mujeres neuro-artríticas, y que por lo mismo están más predispuestas á todo género de ptosis, por la flojedad ó relajación que en sus tejidos se observa.

Al hablar del tratamiento de las retrodesviaciones fuera del embarazo, en principio puede decirse que toda retroversión ó retrofle-

xión, lo mismo la que no acusa su presencia por molestia importante que la que determina trastornos múltiples, debe corregirse; pero conviene distinguir las retrodesviaciones movibles de las fijas, y entre estas últimas, las que por sí solas constituyen una causa de esterilidad y de sufrimientos, y aquellas que no son más que un epifenómeno en el proceso patológico que radica en los anexos, cuya extirpación se hace precisa para obtener la curación completa, siendo, por lo tanto, inútil la reposición del útero.

Por mi parte, en toda retrodesviación movible, y aun en aquellas que, no siéndolo al parecer, pueden reducirse colocando á la mujer en posición semi-Trendelenburg, recurro ante todo á la reposición manual; pero como ésta no es más que un tiempo preliminar indispensable en el tratamiento, hay que mantener reducido el útero. Y aquí entra ya la diferencia de criterio entre los ginecólogos, partidarios *à outrance* los unos de los medios mecánicos, como Granville Bantock, por ejemplo, y entusiastas los más de los procedimientos operatorios.

Yo no sólo no creo inútil la buena aplicación de un pesario para mantener en posición el útero movible retrodesviado, previa la reducción manual por el método de Schultze, empleando ó no la pinza de garfios, según los casos, sino que le doy la preferencia sobre todos los demás medios cuando no hay lesiones cervicales ni anexiales y á la vez existe integridad en el conducto vulvo-vaginal; es decir, cuando la mujer no ha sufrido desgarros en el periné, que dejan sin resistencia el suelo pelviano y favorecen la hístero y colpoptosis, y cuando tampoco se observan trastornos infecciosos en los genitales internos.

Por eso coloco al cabo del año muchos pesarios, convencido como estoy prácticamente de que no siempre se obtienen mucho más positivos y estables beneficios con los medios quirúrgicos, sean ellos los que quieran, pues todos han sido por mí empleados en numerosos casos. Pero al proponerse que el pesario llene las condiciones de medio protésico racional, es de todo punto indispensable que su forma y dimensiones sean proporcionadas á las del conducto en que debe alojarse, y, además, que á su aplicación presida el criterio científico de que el pesario ha de suplir la acción deficiente de los relativos medios de sujeción del útero, que en el caso de retroversoflexión no complicada está representada por la relajación de los ligamentos redondos y útero-sacros.

El pesario, pues, debe ser ligero, suficientemente largo y ancho para elevar y distender el fondo vagino-peritoneal posterior, acortando el espacio de Douglas y con la doble curva necesaria para adaptarse á la de la vagina y servir de sostén al cuerpo uterino. Y como ninguno llena, en los casos ordinarios, las condiciones reque-

ridas tan bien como el pesario de Hodge en caucho duro ó en aluminio, á éste doy siempre la preferencia, procurando tener una colección completa y moldeándo en caso necesario los de caucho después de reblandecerlos en agua caliente.

Después de haber practicado la reducción manual, sostengo con la mano izquierda fuertemente aplicado el útero contra la sínfisis pubiana, en tanto que, cogido el extremo anterior del pesario, bien desinfectado, con el pulgar y el índice de la mano derecha, lo introduzco en sentido vertical y un poco oblicuamente en la vagina, hasta que el extremo posterior empuja el cuerpo uterino, en cuyo momento un movimiento de báscula, elevando los dedos, hace que este extremo del anillo pase á colocarse detrás del cuello; y entonces á poco esfuerzo toma el pesario la posición horizontal, y queda aplicado. El arco ó extremo anterior del pesario de Hodge debe quedar por debajo del extremo anterior de la uretra, de modo que no comprima ésta y al propio tiempo permita las relaciones sexuales y la fácil introducción de la cánula del irrigador.

Colocada la mujer de pie, rectifico la posición del pesario y la situación de la matriz, mandándole después andar, sentarse y levantarse varias veces en una silla baja, para ver si estos actos le ocasionan molestia, en cuyo caso quito el pesario y lo sustituyo por otro de número inferior, lo cual ocurre muy rara vez cuando para elegirle se han tomado en el reconocimiento las medidas digitales necesarias.

Recomiendo las irrigaciones diarias de limpieza con agua hervida fría, para tonificar los tejidos relajados y evitar que el pesario se deforme con el agua caliente, y durante los ocho primeros días someto á la mujer á un reconocimiento.

Si al cabo de este tiempo no le incomoda el pesario ni se modifica la posición del útero, puede dársele el alta hasta nuevo examen, que, á ser posible, se verificará cada cuatro meses.

Por lo regular, dejo aplicado el pesario, si no sufre alteración, hasta los diez meses; entonces le quito, y hago que marche la mujer sin él durante tres días; y si la matriz se mantiene, á pesar de ello, en anteversión ó no tiende á desviarse hacia atrás, doy por terminada la cura, reaplicando un pesario igual ó el mismo (que generalmente se conserva bien) en caso contrario.

Muchas veces ocurre que la mujer se hace embarazada en este tiempo, y recibo carta ó su visita en demanda de consejo; entonces le digo que conserve aplicado el pesario hasta el final del cuarto mes, en cuya época le retiro ó hago que le quite el profesor de cabecera.

Son innumerables los éxitos que se deben á un pesario bien aplicado, tanto en lo que respecta á las molestias que á veces acompa-

ñan á una retroversoflexión movible, cuanto á lo que se refiere á la esterilidad y á la marcha del embarazo. En vano es mirado con desdén el pesario, considerándolo como un medio paliativo de escaso ó de ningún valor por los que sienten ardor desmesurado de intervenir quirúrgicamente en todas las afecciones ginecológicas; si se estudian los casos á conciencia y se procede científica y racionalmente al aplicarle, la mujer agradece más el bienestar que con un pesario se le procura, sin obligarla á la inmovilidad temporal y sin producirla el menor detrimento en su integridad anatómica y funcional, que la pretendida curación radical á costa de operaciones que exigen permanencia más ó menos larga en cama, no exentas en absoluto de complicaciones, y cuyos resultados próximos y remotos no siempre responden al fin que se persigue.

Sólo cuando se declaran impotentes estos medios protésicos para corregir una retrodesviación movible y evitar los abortos ó la esterilidad estarán justificados los procedimientos quirúrgicos. Respecto al tratamiento en las retrodesviaciones complicadas, sintomáticas ó fijas, decíamos que había que distinguir entre las que son por simples adherencias y pueden ser curadas por operación (visto que los medios mecánicos para destruir aquéllas no dan resultado), y aquellas otras que acompañan á lesiones anexiales profundas de origen infeccioso, casi siempre bilaterales y que sólo constituyen un epifenómeno de éstas. Dicho se está que entonces, obedeciendo los sufrimientos de la mujer á la lesión de los anexos, y teniendo por objeto la intervención el separar la causa, no hay para qué fijar la matriz después de practicar la doble anexiectomía; mucho menos cuando al formar los pedículos anexiales se acortan los repliegues serosos y se modifica la estática uterina. Sólo tendrá alguna utilidad el corregir la retrodesviación cuando pueda conservarse en todo ó en parte uno de los anexos.

En cambio, en las retrodesviaciones fijas del primer grupo, en las que sólo existen adherencias más ó menos firmes con alteración micro ó hemato-quística de uno ó de ambos ovarios que permitan una terapéutica conservadora, realizada ésta, debe procederse á la reposición y fijación del útero, una vez destruídas las adherencias, cuando el tratamiento farmacológico general y local haya calmado los síntomas agudos que de tiempo en tiempo se producen, particularmente en las proximidades de la regla.

No intento siquiera pasar revista á todos los procedimientos quirúrgicos recomendados para corregir las retrodesviaciones uterinas: figuran ilustrados en todas las obras de Ginecología; todos han sido por mí empleados con éxitos y con decepciones; todos han resultado buenos unas veces é ineficaces otras. Como dice Richelot con su ironía habitual, «hemos asistido á un verdadero desorden operatorio:

el útero ha sido fijado por su fondo, por sus caras, por su cuello, por sus cuernos, por sus anexos, por cada uno de sus ligamentos; se le ha llevado en todas direcciones; se le ha pegado á todas las paredes, enclavado bajo la vejiga, plegado en otro sentido».

Desde el acortamiento de los ligamentos redondos por el procedimiento de Alquier y Alexander para las retrodesviaciones movibles primitivas, hasta el aún inédito de Pestalozza, que describíamos en el número anterior de esta REVISTA y es el más reciente, son muchas las modificaciones que ha sufrido la terapéutica quirúrgica en este particular, ideando cada profesor una *pexia* vaginal ó abdominal para su uso. Y así como en los casos de retroversión movible todos los procedimientos sirven, pero son los más inofensivos y eficaces los que limitan su acción al acortamiento de los ligamentos redondos, ya extra ó ya intraperitonealmente, en las retrodesviaciones fijas ninguno llena hasta ahora, según mi práctica, todas las condiciones de seguridad para el porvenir y de inocuidad para las funciones del aparato genital como la histeropexia combinada, es decir, la que va unida á la inclusión de un asa del tercio interno de los ligamentos redondos en la herida abdominal, pues la histeropexia sola, cualquiera que sea el procedimiento empleado, puede dar lugar á una adherencia que se adelgaza paulatinamente y forma una brida sobre la cual puede acodarse un asa intestinal, provocando síntomas de oclusión que obliguen á reabrir el vientre, como he tenido que hacerlo alguna vez; y el mismo procedimiento de histeropexia de Kelly, ideado con el fin de evitarlo, y que he practicado en varios casos, forzando la anteflexión del útero, acarrea trastornos en la micción que hacen muy molesta la vida de la mujer.

---

## SEGUNDA NOTA SOBRE UN CASO DE CÁNCER DE LA CARA POSTERIOR DEL CIEGO

POR EL PROFESOR D. M. DEL CASTILLO
Jefe del Dispensario de Cirugía general.

Señores: En la nota anterior quedamos en que este enfermo tiene un proceso retrocecal cuya naturaleza no llegamos á precisar.

Dos semanas han transcurrido, y he de daros cuenta de las vicisitudes que ha pasado. El lunes de la semana pasada noté en el anillo crural una cosa que me llamó extraordinariamente la atención. Se apreciaba en dicha región una tumefacción del tamaño de un huevo de gallina y de consistencia blanda, pero muy diferente de lo que llamamos fluctuación. Examiné aquello con insistencia, y adquirí el convencimiento de que lo que había allí no era pus, era excremento.

Excluida la apendicitis, no podía pensarse en los abscesos que sobrevienen en esta enfermedad cuando el ciego está herniado, y que á veces se manifiestan á gran distancia. Además, el enfermo apenas había tenido algunas décimas de fiebre, y el dolor de que siempre se había quejado existía en las mismas regiones y con igual intensidad. Las perturbaciones intestinales continuaban en la misma forma; no se había presentado el más ligero signo de oclusión, y en la referida tumefacción no se apreciaba la presencia de epiplon ni de intestinos.

Como ven, los antecedentes eran escasos y poco claros, y, sin embargo, afirmé desde el primer momento que se trataba de una colección de materia estercorácea, sin más fundamento que el tacto. Siempre he sostenido que este sentido es el auxiliar más poderoso para el diagnóstico, y que una educación esmerada de él da mucha seguridad y hace ver claramente procesos muy difíciles de distinguir.

La ausencia de síntomas alarmantes me inclinó á la espectación, y consideré lo más prudente esperar, porque tenía la seguridad que el excremento había llegado hasta allí por una vía extraperitoneal, y esto me lo confirmaba la falta de fiebre y el estado de su abdomen, demostración evidente de que el peritoneo no sufría infección.

A los dos días se abrió espontáneamente la colección y salió excremento casi puro. Se limpió cuidadosamente la región, se regularizó el orificio, y quedó un ano contranatural accidental.

Pasaron cuatro días sin contratiempos, y no me creía obligado á intervenir por el momento, antes al contrario, porque la situación del paciente parecía que había mejorado, los dolores habían disminuído y la tumoración de la fosa ilíaca derecha apenas se notaba.

El martes próximo pasado cambió la decoración por completo: se presentó una fiebre bastante alta (40,6), que remitió algo á la mañana siguiente. Lo mismo ocurrió el miércoles, y hoy jueves ya pueden ver su estado.

Su cara es la de un hombre que renuncia á la lucha, que se declara vencido. A la fisonomía de grandes sufrimientos ha sucedido otra de indiferencia, casi de complacencia. El conocimiento de la fisiognomía tiene una gran importancia para el diagnóstico, y mucho más para el pronóstico.

La fiebre es de 39,6; el pulso, frecuente (120) y arrítmico; la lengua está seca, y todo indica que sufre una infección gravísima.

Seguimos sin saber la naturaleza de la lesión retrocecal, y su conocimiento en este momento no nos resolvería nada; pero el diagnóstico que tenemos de región nos explica satisfactoriamente lo ocurrido. Un proceso tuberculoso ó neoplásico de la cara posterior del

ciego ha fusionado éste con la capa célulo-grasosa subperitoneal, fascia ilíaca, capa célulo-grasosa profunda y músculo psoas. Se ha perforado el ciego, y las materias fecales han seguido el trayecto del psoas hasta el arco crural. Al llegar á este punto se han detenido, y la inflamación y mortificación de la piel han determinado la formación de lo que llamamos anteriormente ano contranatural.

El organismo toleró medianamente todo esto; pero cuando el excremento, siguiendo al músculo citado, penetró en pleno muslo, determinó el flemón profundo y difuso, cuyos terribles efectos ven.

Ahora comprenderán perfectamente aquellos síntomas que parecía que no tenían relación, y aquellos dolores tan intensos en ramas nerviosas diferentes, y la falta de síntomas peritoneales.

La participación del psoas fué la causa de los dolores del abdomen, de la ingle y del muslo.

Sabido es que este músculo cubre con su porción interna el plexo lumbar, cuyas ramas colaterales abdómino-genital mayor, ídem menor, fémoro-cutáneo y génito-crural lo atraviesan, y las raíces de los terminales, obturador y crural se unen en el espesor del mismo músculo para formar el tronco.

¡Con qué claridad nos explicamos ahora la causa de aquellas neuralgias múltiples y la ineficacia de todo tratamiento!

Tengo la seguridad que en el estado actual de este enfermo toda terapéutica operatoria sería inútil, porque no tendría resistencia para sufrir las dos operaciones que se imponen: 1.ª Desbridar amplia y profundamente el muslo. 2.ª Practicar una exclusión intestinal, ó, cuando menos, una enterostomía.

La abstención, en este caso, es de conciencia, y, sin embargo, se le inyectará suero quirúrgico, éter alcanforado, cafeína, y si veo la más mínima posibilidad de salvación, lo intervendré (1).

---

(1) El enfermo falleció al día siguiente, y la autopsia demostró que el diagnóstico topográfico era exacto, que las cosas habían pasado tal como nosotros nos lo habíamos figurado y que el proceso era un cáncer voluminoso.

Confieso honradamente que varias veces, por exclusión, llegué á pensar en que pudiera serlo, pero nunca me decidí á afirmarlo. Si fuera menos exigente, diría que había acertado, porque mi diagnóstico de región era exacto; pero no estoy satisfecho, porque ignoré el de naturaleza.

¿Hubiera ocurrido lo mismo si hubiéramos apurado todos los medios auxiliares del Laboratorio? ¡Puede que no! Mi conciencia queda tranquila, porque, aun sabiendo fijamente que era un cáncer, difícil ó punto menos que imposible era el dominarlo, dado el tamaño y la región. El enfermo estaba fatalmente condenado á morir.

# LA PLEURESÍA CON SIGNOS PSEUDOCAVITARIOS EN LOS NIÑOS

POR EL DR. D. CELESTINO MOLINER Y SANZ
Del Instituto Rubio.

En el curso del año anterior se presentó en el Dispensario de mi cargo del Instituto Rubio un niño de cuatro años, hijo de padres sanos, que venía enfermo hacia poco más de tres meses; el principio de la enfermedad había sido brusco, febril y acompañado de síntomas torácicos. Al presentarse á mí, su estado general no era malo; pero al decir de las personas que le acompañaban, tenía anhelación respiratoria al moverse, tos por la noche y algo de fiebre por las tardes. Dí principio al examen por la región subclavicular derecha (en la que se veían huellas de revulsiones repetidas), encontrando submacidez, resonancia vocal, soplo cavernoso y gorgoteo, los signos todos que se producen en un antro tuberculoso; en la base, los signos físicos de un derrame pleurítico, cuyo nivel alcanzaba por detrás la espina del omoplato, sonido macizo, ausencia de murmullo respiratorio y de vibraciones vocales, inmovilidad y aumento de diámetro del hemitórax, soplo bronquial, que tomaba los caracteres de anfórico hacia el lóbulo superior, pectoriloquia áfona y egofonía; en el lado opuesto la normalidad era completa.

El diagnóstico era claro y evidente, como lo demostró la punción exploradora; y el error que se había cometido diagnosticando de tuberculoso avanzado á este enfermito y alarmando á sus acongojados padres, sólo se comprende después de un examen negligente é incompleto.

Esta modalidad de la pleuresía, verdaderamente paradójica por la contradicción que existe entre los signos locales pseudocavitarios y la integridad del pulmón opuesto y el buen estado de nutrición de los niños, pocas veces se presenta á nuestra vista con un síndrome tan indudable y tan preciso. De ella se han ocupado, tanto en tratados clásicos como en tesis y monografías, clínicos de tan justo renombre como Notta, Rilliet y Barthez, Landouzy, Peter, German See, Henoc, etc. Jacoub las llamó pleuresías con signos pseudocavitarios, y con particular insistencia señalaba los elementos de diagnóstico diferencial que deben tenerse en cuenta para no dejarse engañar por falsas apariencias. El estudio más completo que de esta pleuresía se ha hecho es el de Verliac, el cual, en su tesis inaugural *Sobre los derrames pleuríticos y las indicaciones de la toracentesis en los niños,* pasa revista á los diversos casos en que se pueden observar los ruidos caverno-anfóricos, según su misma expresión, y explica las condiciones físicas y fisiológico-patológicas en que esos fenómenos se producen.

Estos casos son tres: primero, en los derrames simples; segundo, en los derrames acompañados de lesiones cavitarias ciertas del pulmón; tercero, en los derrames con lesiones pulmonarès no cavitarias.

Queda un último grupo en que los ruidos pseudocavitarios sin lesión pulmonar no son la consecuencia de un derrame pleurítico actual ni aun reciente, sino que se escuchan largo tiempo después de la curación de la enfermedad causante.

En el primer caso, derrame serofibrinoso, y sobre todo purulento, la producción de los ruidos cavitarios tiene lugar cuando la cantidad y situación del líquido es bastante para rodear un grueso bronquio y dificultar por la presión el paso del aire: el tejido del pulmón entonces se infiltra, se condensa, se espleniza; los pequeños bronquios se aplastan y obstruyen (Jacoub), y la vibración del aire en los conductos aéreos se transmite al oído por medio del pulmón, convertido en un bloque. Si éste se encuentra aplicado en algún punto á la pared torácica, el soplo es localizado y circunscrito porque es transmitido al oído de un modo directo; pero si está rodeado de líquido por todas partes, éste será el conductor intermediario, y el soplo será más diseminado y extenso, aunque conservando su máximum de intensidad en los puntos más próximos á la rama bronquial que le da origen.

Verdad es que en estos casos influyen, y no poco, la naturaleza y condiciones físicas del exudado, como lo prueba el hecho de que cuando se presentan los signos pseudocavitarios, casi siempre ocurren en pleuresías que han llegado á convertirse en purulentas.

En un segundo orden de hechos, cuando la pleuresía recae en individuos portadores de una caverna del pulmón, la explicación del fenómeno resulta verdaderamente trivial; lo que ocurre de particular es que los ruidos cavitarios reales resultan amplificados, tanto por la infiltración del tejido pericavernoso y por los focos de pneumonía perituberculosa, cuanto por la gran conductibilidad del líquido pleurítico.

El tercer caso lo comprenden todas las circunstancias patológicas cuyo resultado final es el aumento de la compacidad del pulmón, que no cediendo á la presión del derrame se encuentra en condiciones favorables para transmitir, por intermedio de éste, las vibraciones producidas en las cavidades bronquiales; la pneumonía, la broncopneumonía, cualquiera lesión inflamatoria puede realizar esas circunstancias. Rillet y Barthez han señalado la existencia de falsos ruidos cavitarios en la pleuresía acompañada de bronquitis; Henoc advierte también la posible confusión en estos casos, y dice: «Si observáis que una pleuresía va acompañada de catarro bronquial, recordad que los estertores mucosos pueden tomar, por la complexión

del pulmón, apariencias de cavitarios, pudiendo despertar en el espíritu la idea de una caverna pulmonar.»

Los casos citados por Landouzy y Schwartz, de pleuresías que, después de largo tiempo curadas, todavía daban lugar á signos pseudocavitarios, presentan todavía una explicación más hipotética y dudosa. Generalmente en estos casos ha existido una pleuresía parcial, que ha terminado por la emigración del pus á través de un bronquio: evacuado el absceso pleural, queda, según Schwartz, alrededor del bronquio, por el cual se verificó la vómica, un cascarón fibroso que le envuelve por completo, formado por tejido pleuropulmonar fibroso y esclerosado, y que hace de este conjunto una verdadera caja de resonancia.

Casi siempre las pleuresías pneumocócicas, que son tan frecuentes en los niños, son las que dan lugar á los ruidos cavitarios, y he aquí la razón de que con tanto interés haya sido estudiado este asunto por los médicos que se dedican á la medicina infantil.

Las pleuresías pneumocócicas son pocas veces primitivas, y aun muchas veces que aparecen como tales, cabe la duda de que su origen haya sido una pneumonía cuyos síntomas hayan pasado inadvertidos, ú obscurecidos por los mismos de la pleuresía; puede ocupar la gran cavidad pleural ó los espacios interlobulares, ó quedar circunscrita á la serosa, que recubre un solo lóbulo pulmonar. Bueno será recordar el carácter bacteriológico especial de los exudados pleurales de conservar la vitalidad y virulencia del pneumococo por un tiempo á veces hasta de tres meses, á la inversa de lo que sucede en el tejido del pulmón, en el que pierde su vitalidad en el momento de la defervescencia de la pneumonía. Lo mismo ocurre en los cultivos, según sea sólido ó líquido el medio empleado.

La pleuresía pneumocócica consecutiva es la que Gerhard llamaba con mucha propiedad metapneumónica, cuyo origen y desarrollo va unido á la infección aguda del pulmón por el agente microbiano: á la pulmonía ó á la broncopneumonía.

En estas infecciones pulmonares, la pleura se afecta con más frecuencia de lo que generalmente se ha creído hasta ahora. Maragliano ha practicado en un año cincuenta y ocho punciones en focos pneumónicos, y obtenido en más de la mitad de los casos cantidades variables de exudado pleurítico.

Las pleuresías metapneumónicas tienen frecuentemente un principio silencioso, en tanto evoluciona la pneumonía; pero cuando ésta ha terminado, en vez de entrar el niño en franca convalecencia se encuentra disneico y febril, y no tardan en desarrollarse y hacerse ostensibles tanto los síntomas funcionales como los signos físicos del derrame: sonido macizo, falta de vibraciones vocales, egofonía, etc.

Un carácter especialmente marcado de las pleuresías metapneu-

mónicas es la notable tendencia que tiene el derrame á abrirse paso á través del pulmón y los bronquios; es un hecho excepcional el empiema de necesidad. Según las estadísticas de Neter, una cuarta parte de derrames metapneumónicos curan por vómica; y de tal manera está este hecho comprobado, que muchos autores, Gerhard por ejemplo, se preguntan si, dada esta natural tendencia á evacuarse por la vía bronquial produciendo en un corto número de casos pneumotórax, no sería oportuno no aventurarse á intervenciones demasiado cruentas.

Otra particularidad que la pleuresía pneumocócica presenta en los niños es la prontitud con que lo exudado se convierte en purulento. Más abajo de diez años, según Neter, la purulencia se observa en 93 por 100 de los casos, y hasta los cuatro años es regla general que el derrame sea, con cortas excepciones, purulento.

Evacuado el absceso pleural en un ataque de tos, el niño sigue con expectoración de pus durante algún tiempo, pero cesa la fiebre, recobra el apetito, el color y las carnes, y todo entra en orden; pero si existían ruidos cavitarios en el punto correspondiente al foco pleural ó más ó menos próximos, pueden aquéllos persistir por algún tiempo, á veces por años, dando la ilusión de una caverna pulmonar. Rillet y Barthez afirman haberlos oído más de diez años después del principio de la afección que les ha dado origen, y añaden asimismo que no es imposible que persistan indefinidamente. Schwartz publica casos de su observación personal en que los ruidos pseudocavitarios han podido ocasionar confusión de diagnóstico por haberse observado por vez primera después de mucho tiempo y con ocasión de catarros bronquiales ó ligeras infecciones gripales. Yo he asistido hace tres años á un niño que, como consecuencia de una pleuresía metapneumónica, tenía un derrame circunscrito en la región subclavicular derecha, en la que se escuchaban gruesos estertores, gorgoteo y soplo anfórico; en un acceso de tos expulsó por boca y nariz gran cantidad de pus espeso y consistente, recobrando, después de un mes, por completo la salud. Sigo viéndole con frecuencia, aun cuando se encuentra completamente bueno, y ni tose, ni le cansa el correr y el subir escaleras; pero en el antiguo foco pleural no existe la sonoridad normal: está velado el murmullo respiratorio y continúa escuchándose el soplo que Verliac llamaba caverno-anfórico, sin que por la radiografía se haya podido apreciar otra cosa que un matiz ligero casi inapreciable, más oscuro que el lado opuesto.

Landouzy explica la persistencia de estos ruidos por las gruesas y resistentes membranas pleurales que circunscriben el derrame por el vacío que éste deja y por induración esclerósica de las primeras capas del tejido del pulmón.

Respecto á la topografía de estos falsos signos cavitarios, excepto Jacoub, que los localiza en la base de los pulmones, todos los clínicos están conformes en que pueden escucharse lo mismo en el vértice que en la base y en los espacios interlobulares, pero que preferentemente se observan al nivel del hilio del pulmón.

Se comprende bien cuán fácilmente estos signos pueden inducirnos á un error de diagnóstico, y las dificultades, á veces insuperables, que ha de haber para determinar cuándo el fenómeno es solamente aparente ó cuándo responde á un hecho real. Se citan también casos en los cuales se observan signos cavitarios que no son dependientes de pleuresía y que se hacen compatibles con una salud aparentemente completa, debido, según parece, á cavidades que resultan de quistes hidatídicos ó dermoides eliminados por vía bronquial.

La confusión es posible en primer término con la tuberculosis pulmonar crónica en su fase final: los elementos de juicio con que debemos contar son la historia del proceso, el estado de otras vísceras, principalmente del pulmón del lado opuesto, y las investigaciones del laboratorio, que, desgraciadamente, no son siempre factibles en los niños pequeños; además, la fimia pulmonar en el período cavitario nunca deja de ir acompañada de una gran demacración, fiebres altas de reabsorción y síntomas funcionales muy acentuados; por otra parte, los fenómenos estetoscópicos son diferentes: la resonancia vocal está aumentada; el sonido á la percusión puede ser claro y hasta timpánico, y cuando la cavidad pulmonar es central puede perder su tonalidad clara, pero nunca tiene el timbre apagado de la macidez que da el derrame; últimamente, cuando los niños por su edad saben expectorar, la investigación en los esputos del bacilo de Koch disipará completamente la duda.

El absceso pulmonar, que antes de que fuera estudiada por Gerard la pleuresía metapneumónica, que tan frecuentemente termina por vómica, era considerado frecuente en los niños porque se le confundía con los derrames pleuríticos parciales; en el día se publican muy pocas observaciones de absceso pulmonar, y éste ofrece una sintomatología tan típica y, además, un pronóstico tan grave y una duración tan corta, que pocas veces nos vemos precisados á sospechar que los ruidos cavitarios reconocen este origen. Para concluir, diremos que aun cuando la pleuresía en los niños generalmente es á base de pneumococos, puede, sin embargo, en ciertas condiciones de herencia ó de contagio, ser de naturaleza fímica y constituir la primera manifestación del proceso tuberculoso, que más ó menos pronto invadirá el pulmón ú otras vísceras; y como muchas veces los procedimientos del laboratorio no ponen de manifiesto el pneumococo, cuya vitalidad, como hemos dicho, se extingue

pronto; y como además la ausencia del bacilo de Koch no autoriza, según ha demostrado Dieulafoy, para negar la forma tuberculosa de la pleuresía, debemos ser muy cautos para el pronóstico, aunque no participemos de la opinión de Germán See, que cree que el tejido esclerosado y fibroso del cascarón pleuro-pulmonar que queda como vestigio, á veces permanente, de la pleuresía metapneumónica parcial, que, formando una caja de resonancia, da lugar á la producción de ruidos pseudocavitarios, pueda ser condición eficaz para el desarrollo de la tuberculosis del pulmón, pues sabemos que ésta queda siempre limitada cuando alrededor del tubérculo se forma una zona limitante que enquista y aísla el tejido invadido por los bacilos.

---

## UN CASO DE LUXACIÓN DOBLE CONGÉNITA DE LA CADERA CURADA POR LA REPOSICIÓN INCRUENTA, SEGÚN EL MÉTODO DE LORENZ

POR EL DR. J. GOYANES

Cirujano de número del Hospital General, Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

El escaso número de observaciones publicadas en España de luxación congénita de la cadera curada por la reposición incruenta, y el deseo de divulgar la técnica de la reducción y del vendaje inmovilizador, conceden alguna oportunidad á este trabajo casuístico.

En Diciembre del año pasado se presentó en mi consulta de Cirugía general y ortopédica del Hospital Provincial, enviada por el distinguido colega Dr. Aldaya, una niña de nueve años, natural de Arganda, que, según la anamnesia espontánea de la madre, comenzó á andar á los catorce meses, pero con una forma de progresión anómala, caminando con un *balanceo* poco airoso. Notaron además los padres de la niña que la forma de las caderas no era la normal y que en la marcha se fatigaba muy pronto. Por estos motivos consultaron la opinión de distinguidos médicos, que creyeron encontrar una deformidad raquítica doble coxal y recomendaron tónicos dietéticos y medicamentosos.

Sospechando que el diagnóstico del caso no era fácil, procedí con todo rigor y orden á la exploración; comencé por los métodos clásicos: inspección, palpación, examen de los movimientos activos y pasivos, progresión y medición, acudiendo finalmente á la radiografía, medio supremo para diagnosticar la mayor parte de las deformidades óseas y articulares.

La inspección de la niña permitió reconocer (véase la figura 1.ª) que la prominencia de las caderas es excesiva para su edad y com-

plexión, y que la longitud de sus muslos es menor de la que corresponde á su talla.

Estos datos inclinaron á pensar en una luxación (patológica, traumática ó congénita) de la cadera, ó en una reducción del ángulo del cuello y diáfisis femoral (coxa-vara).

La palpación de la cadera confirmó el relieve trocantéreo de ambos lados, faltando la resistencia que en la parte central y superior del triángulo de Scarpa produce la cabeza femoral no luxada; datos que inclinaron á afirmar la existencia de luxación, de la variedad que fuere.

FIG. 1.ª—Niña de nueve años con luxación doble congénita de la cadera.

El examen de los movimientos pasivos se hizo inmovilizando la cadera á favor de la maniobra de Gersuny (flexión forzada del muslo opuesto sobre el vientre), y demostró que todos eran libres en ambas articulaciones y de amplitud casi normal, menos la abducción, que se limitaba á unos 40°. Los movimientos pasivos no eran dolorosos (ambos síntomas excluyen la coxitis).

Exploramos la existencia de dolor coxal valiéndonos de tres maniobras: 1.ª Colocando el miembro extendido, se imprimió con la palma de la mano, aplicada al talón, una sacudida rápida, pero vigorosa. 2.ª Colocando las palmas de las manos sobre los trocánteres, se imprimió una sacudida brusca á las caderas. Y 3.ª Aplicando el

dedo pulgar al centro de la parte alta del triángulo de Scarpa, se ejerció presión profunda. Con ninguna de estas maniobras se produjo dolor (dato que excluye la coxitis).

Se exploraron los movimientos activos diciendo á la niña que moviera la extremidad en distintas direcciones. La flexión, adducción y extensión eran normales; la abducción estaba limitada.

Se observó la progresión, que era claudicante, bilateral, con balanceo manifiesto, pero no muy acentuado (dato que se explica, así como la falta de lordosis lumbar, por tratarse de una luxación supracotiloidea, como luego diremos).

Se apreció la existencia del síntoma de Trendelenburg, muy interesante en el diagnóstico de la luxación congénita. Sostenida la niña en un solo pie, pudo observarse que la cadera se inclinaba hacia el lado opuesto. El síntoma existía en ambos lados.

Procedimos, por último, á la difícil medición de la cadera y miembros abdominales. Por fortuna, hemos aprendido en la Clínica del Profesor Sr. San Martín á practicar estas mediciones con todo rigor. Trazada la línea de Roser-Nelaton, apreciamos que el vértice del trocánter se elevaba en el lado derecho 3 traveses de dedo (5 centímetros) por encima de la misma y 2 traveses (3,5 centímetros) en el lado izquierdo.

Haciendo una enérgica tracción sobre el miembro, la elevación del trocánter disminuyó por valor de 2 ó 3 centímetros. Medimos ahora la longitud de ambas extremidades abdominales colocadas simétricamente en extensión, con el siguiente resultado: de la espina ilíaca anterior superior al vértice del maléolo interno, 51 centímetros en el lado izquierdo; 50 en el derecho (dato en armonía con la mayor elevación del trocánter en el lado derecho).

Estos datos de exploración no dejan lugar á duda. Una niña con caderas prominentes y muslos cortos, con claudicación iniciada al comenzar los primeros pasos, con articulaciones coxales no dolorosas y con movimientos libres activos y pasivos, con síntoma de Trendelenburg, con trocánteres elevados sobre la línea de Roser-Nelaton, no puede tener otra deformidad que una luxación doble y congénita de la cadera. En la coxa vara la posición de adducción de los muslos es muy acentuada; la elevación del trocánter sobre la línea de Roser es menor, y sobre todo la tracción del miembro no determina el descenso de los trocánteres; la progresión es además de distinto tipo. En la parálisis de los glúteos no hay elevación trocantérea ni acortamiento del miembro, y la cabeza femoral está en su sitio, aunque existe el síntoma de Trendelenburg y la claudicación palmípeda.

La radiografía (que debo á la amabilidad del Dr. Decref, tan hábil en exploraciones radiográficas como en su interpretación y

con gran experiencia personal sobre luxaciones congénitas de la cadera) permitió confirmar el diagnóstico. En ella se puede observar que las cabezas femorales, bien conformadas y provistas de cuello que las une á la diáfisis, están fuera de las cavidades cotiloídeas; que la derecha está más elevada que la izquierda; que existen cotilos bien formados, donde se puede apreciar la existencia del cartílago Ipsilon, no osificado todavía, y de ceja cotiloídea ostensible. Este examen radiográfico permite establecer un buen pronóstico si la luxación se reduce *lege artes*.

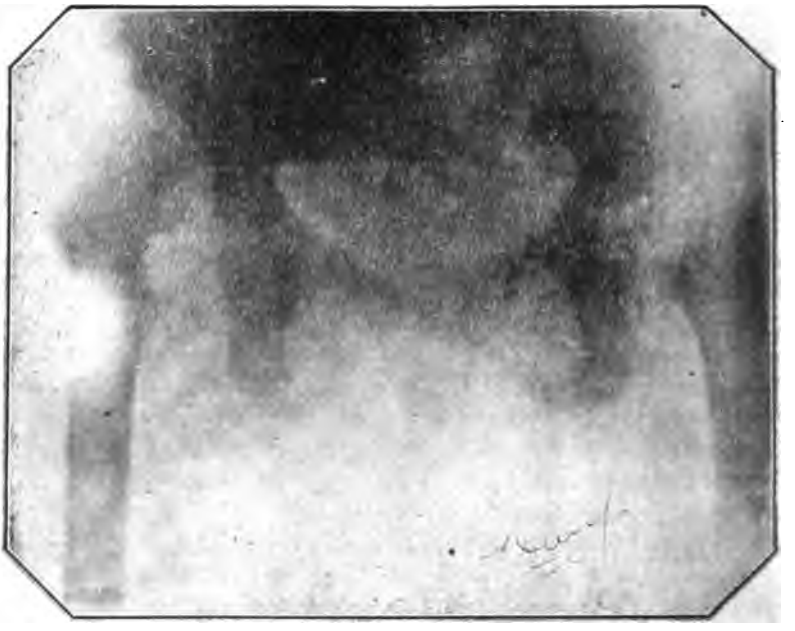


FIG. 2.ª—Radiografía de la pelvis con luxación doble coxal.

El día 8 de Enero del corriente practiqué, anestesiada la niña con el cloroformo, la reducción incruenta de las dos caderas en una sola sesión. Fijada la cadera por medio de una forzada flexión del muslo derecho (Gersuny), y trazando la línea de Roser con lápiz dermográfico, comencé realizando una enérgica tracción sobre la extremidad izquierda (la contratracción la practicaba un ayudante, tirando de una toalla pasada por el periné); el trocánter se iba aproximando á la línea de Roser, y los adductores adquirían una enorme tensión; ahora se comenzó, llevando el miembro á la abducción, el acto más importante quizá de la reducción según el método de Lorenz: la miorrexis ó rotura subcutánea de las fibras de los adduc-

tores, condición precisa para que la cabeza femoral pueda descender hasta el cotilo; presiones enérgicas con el borde de la mano y con el puño consiguieron romper las tensas fibras de los adductores; la piel se hundió ligeramente al nivel de la rotura fibrilar, y á los pocos instantés se vió aparecer un equimosis, síntoma de la miorrexis; entonces descendió el trocánter hasta la misma línea de Roser. Luego se dobló el muslo hasta los 90°, empujando hacia abajo la cabeza femoral, y por último se exageró el movimiento de abducción, con rotación externa, determinando el paso de la cabeza femoral al cotilo, con chasquido por todos los asistentes perceptible, y que en las manos del operador produjo la impresión de un salto brusco. El miembro quedó en el mismo plano frontal del tronco, y formando con el eje de éste un ángulo recto. La reducción de la cadera izquierda duró cinco minutos. Con iguales maniobras se redujo, en un minuto, la cadera derecha. Los movimientos eran entonces libres; pero al llevar el miembro á la actitud de extensión ó al disminuir la abducción se reluxaban los fémures, volviendo á reponerse en la abducción de 90° con chasquido manifiesto.

Sostenidas las extremidades en actitud de abducción de 90°, única que mantenía reducidas las luxaciones, se colocó un vendaje de escayola desde la cintura á las rodillas, recortando convenientemente sus bordes para permitir los movimientos de éstas, y abriendo una elipse perineal; después se cubrió el vendaje enyesado con tiras de venda silicatada para reforzarlo, hacerlo más duradero y darle aspecto más artístico, quedando en definitiva según se ve en la figura 3.ª

La niña reaccionó bien de la narcosis. A los quince días se hizo construir un carrito de madera para trasladarla de unas á otras habitaciones, permaneciendo con el vendaje hasta el 15 de Abril, es decir, poco más de tres meses. Al quitarlo, las caderas estaban algo rígidas, sobre todo para la adducción, pero permitían todos los movimientos; los muslos se hallaban un poco atrofiados. Desde aquella fecha se viene practicando masaje diario; y, por otra parte, no hay necesidad de limitar la adducción. Un mes después la niña pudo caminar con muletas, y actualmente anda sin ayuda alguna, no claudica, y la conformación de las caderas y extremidades inferiores es normal.

La figura 4.ª demuestra que el relieve trocantéreo ha disminuído, que la longitud de los fémures es mayor y la conformación absolutamente normal. Por lo demás, las extremidades han crecido nueve centímetros, pues miden ahora 60 centímetros de espina ilíaca á maléolo interno; el vértice del trocánter está exactamente en la línea de Roser, y los movimientos activos y pasivos son por completo normales.

Completaré la exposición del caso con algunos comentarios. La escasa acentuación de la lordosis y de la claudicación palmípeda se explican en nuestro caso por tratarse de una luxación intermedia entre la ilíaca y la supracotiloídea. Sabido es que algunos cirujanos, pero especialmente Kölliker, sostienen que la variedad primitiva de luxación congénita es la supracotiloídea; el peso del tronco iría transformándola poco á poco en luxación póstero-superior ó ilíaca, acentuándose por tal motivo la lordosis, la claudicación y el acortamiento del miembro.

FIG. 3.ª — La misma niña con el vendaje contentivo.

FIG. 4.ª—La misma niña á los seis meses de reducida la luxación bilateral.

El síntoma de Trendelenburg manifiesta siempre una impotencia funcional de los músculos glúteos mediano y menor. Existe en las parálisis de dichos músculos y en todos aquellos estados patológicos en que sus puntos de inserción se aproximen permanentemente, haciendo ineficaz la contracción muscular, como sucede en la coxavara y en las luxaciones. La consecuencia inmediata de la impotencia funcional de dichos glúteos es la caída de la pelvis al lado opuesto, ya que aquéllos fijan sólidamente el anillo pelviano cuando su inserción trocantérea está fija, como sucede al sostenerse sobre

una de las extremidades abdominales. La progresión palmípeda de los luxados se debe, más que á la luxación misma, á esta impotencia funcional de los glúteos.

La reposición incruenta de la luxación congénita de la cadera es, en verdad, una adquisición moderna del arte quirúrgica, y ha llegado en estos últimos tiempos á un grado notable de perfección, debida en gran parte á la tendencia actual á individualizar, aplicando á cada caso, tanto en la reposición como en la retención, un criterio casuístico. Por otra parte, el estudio de las condiciones anatómicas de cada paciente por medio de la radiografía, el auxilio del análisis radiográfico para conocer el grado de reducción logrado y hasta el valor pronóstico del radiograma, dato sobre el cual ha insistido recientemente el Dr. Decref (*El Siglo Médico*, 31 Marzo 1906), elevan científicamente el método que nos ocupa.

Por lo que respecta á la técnica de la reducción, bien podemos asegurar que, para nosotros los cirujanos, apenas se diferencia de la reposición de una luxación traumática de igual variedad. Recuerdo en este momento que aplicando este criterio redujo sin dificultad una luxación congénita de la cadera mi maestro el profesor San Martín (por cierto, la primera, según yo creo, que se sometió á este tratamiento en España; el Dr. Decref, que había visto al ilustre Lorenz colocar su vendaje contentivo, lo aplicó en este caso, invitado por aquel profesor). Así se comprende que en las maniobras de reducción varíe algo el criterio de cada operador. El cirujano Paci, que en realidad debe ser considerado como el adalid del moderno método de reposición incruenta, conseguía ésta con maniobras idénticas á uno de los clásicos métodos de reducción de las luxaciones traumáticas. En el método de reducción de Lorenz lo especial consiste, aparte del empleo de máquinas para forzar la tracción (como en el método de reducción de Schede), en la maniobra de la miorrexis ó rotura subcutánea de los adductores, ya descrita. Después de ésta, y en realidad en todo caso, es tan manifiesto el momento de la reducción, que bien puede asegurarse con Lorenz (*Berliner Klinische Woch.*, 1899, núms. 3, 4, 5 y 6): *Wer zweifelt, darf dessen sicher sein, das er nicht reussirthat* (quien dude debe estar seguro de no haberlo conseguido). Otros, como Kümmel, reducen los casos fáciles, comenzando por forzar la adducción. Hoffa recomienda la hiperextensión en rotación externa para distender la parte anterior de la cápsula.

El segundo tiempo del método incruento está representado por la contención y retención de la luxación reducida, y en verdad, y á la inversa de lo que sucede en las luxaciones traumáticas, donde la reducción es difícil y la retención fácil, en las congénitas es ésta siempre de grande importancia; á veces de dificultades casi invencibles.

La individualización es todavía más importante en este tiempo. Paci fijaba el miembro repuesto en extensión, rotación externa y ligera adducción, con un apósito de escayola. Lorenz fija el miembro en flexión y abducción, manteniéndolo en esta *posición primaria* (Primärstellung) cuatro ó cinco meses, colocando después vendajes de corrección en posiciones secundarias que aproximan la extremidad á la extensión y adducción; este último movimiento es el que más predispone á la reluxación, y debe evitarse durante mucho tiempo; la fijación con el vendaje dura en total unos ocho ó nueve meses. Con objeto de modelar el cotilo por la beneficiosa influencia de las presiones de la cabeza femoral y estimular el desenvolvimiento de la epífisis superior del fémur, deben los niños operados permanecer de pie algunas horas al día, y aun caminar con una bota de alza colocada en el miembro operado, para que, y según la ley de la transformación de Wolff, el método adquiera la alta importancia de un método de sobrecarga funcional (Belastungmethode). El grado de abducción y flexión del miembro reducido debe variar en cada caso. Se elegirá aquella actitud que conserve mejor la reducción. También Calot aconseja, en su moderna monografía (*Technique du traitement de la luxation congénitale de la hanche*, 1905), además de la extensión continua preliminar, el empleo de vendajes sucesivos de corrección progresiva de la primera actitud.

En nuestro caso, y siguiendo el criterio de Joachimsthal (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1902, núms. 36 y 37), mantuvimos durante tres meses el apósito envolvente, para no colocar de nuevo vendaje alguno, lo cual acorta de modo notable el tratamiento. El masaje de los glúteos no debe olvidarse ni un solo día después de quitar el apósito, porque son estos músculos los que evitan, cuando son potentes, la temida reluxación.

En las luxaciones bilaterales, y con objeto además de permitir la sobrecarga funcional de la marcha para cada una de las articulaciones reducidas, aconsejan algunos autores reducirlas sucesivamente. Otros, en cambio, y nosotros hemos seguido esta opinión, sostienen que pueden reducirse ambos lados simultáneamente. Entonces los pacientes no pueden caminar, pero sí ser llevados sobre un carrito.

Por desgracia, la reposición incruenta tiene sus límites, representados por la edad de los pacientes. Lorenz, en su primer trabajo, consideraba la edad de cinco á siete años como el límite medio para el empleo del método incruento. Más adelante llegó á reducir luxaciones unilaterales á los catorce y quince años y bilaterales á los trece. Sin embargo, cree que el término del primer decenio de la vida es el límite para las unilaterales, y la edad de siete á ocho años para las luxaciones dobles.

Calot llegó á reducir una luxación en una señorita de veintiséis años, pero estos casos son verdaderamente excepcionales.

Con los comentarios expuestos doy por terminado este modesto trabajo, pues la experiencia de un solo caso, por interesante que sea, no permite un criterio personal sobre el asunto.

---

## ALGUNAS CONSIDERACIONES CLÍNICAS SOBRE EL TRATAMIENTO DE CIERTAS HEMORRAGIAS UTERINAS POR EL LEGRADO DEL ÚTERO

Por el Dr. D. Francisco Blasco Soto
Del Instituto Rubio.

El legrado uterino es una de las más bellas adquisiciones de la cirugía moderna. De resultados positivos cuando es convenientemente practicado y responde á una indicación precisa, fracasa si, abusando de sus bondades, nos empeñamos en que cure lo que está fuera de su alcance. De ejecución tan fácil al parecer y tan inocua para la enferma, si se guardan las costumbres de la asepsia y antisepsia, ha caído bajo el dominio de los médicos, y es aplicado por muchos de una manera sistemática como tratamiento de todas las formas de metritis.

La ginecología en la actualidad va puntualizando los casos de intervención; va encontrando que muchos síntomas del aparato genital son reflejos de enfermedades que padecen órganos más ó menos lejanos ó manifestaciones de alguna diátesis; en una palabra, se va haciendo la especialidad tal y como la comprendía y predicaba Letamendi: la aplicación de toda la Medicina al estudio de la patología de un aparato. Olvidado este criterio, se explica cómo muchas enfermas de matriz no se curan por medio de tópicos, descongestionantes ni raspados; se está tratando un efecto, y mientras la causa permanezca actuando persistirán todos los síntomas, sin conseguir no ya curar, pero ni aliviar.

Con esto no quiero decir que es fácil desentrañar esas relaciones que antes he apuntado: unas veces lo serán mucho; otras, ofrecerán grandes dificultades, por concurrir circunstancias especiales; ahora bien: estas dificultades no eximen de buscar siempre la causa para ver de instituir un tratamiento científico. Los casos que á continuación expongo tienen esa enseñanza, y por eso los publico; hay dos fracasos, hijos de esa falta de relación de causa á efecto, y tres éxitos por ser perfecta la compenetración.

I. T. L., cuarenta y siete años, natural de Madrid, casada. Tuvo su primera regla á los catorce años, sin ningún género de

trastornos, continuando siempre bien hasta hace cuatro años, que se inició un aumento en su cantidad, siguiendo este aumento en cantidad y duración hasta convertirse en verdaderas menorragias.

Cuando se presentó á mi observación sólo estaba limpia unos quince días al mes. No ha tenido ningún padecimiento anterior; sólo ha sufrido siempre frecuentes jaquecas. Ha tenido cuatro partos, el último hace diez y siete años, con los puerperios normales.

En el momento de la observación aquejaba los trastornos menstruales dichos, con un poco de dolor á los riñones y astricción.

Reconocida por el tacto vaginal, se aprecia una matriz en ligera anteflexión, grande, de consistencia normal; el cuello, también grande é infiltrado. El espéculum nos confirma el estado del cuello y una ligerísima eversión; la matriz, que mide 10 centímetros, sangra en cuanto se introduce la sonda.

De todos estos datos saco la impresión de tener á la vista una matriz muy sospechosa, que bien pudiera ser asiento de una producción epitelial, y en su consecuencia propongo el legrado uterino, con la intención de recoger los productos y llevarlos al laboratorio para que fueran analizados, y, dado el caso que el dictamen fuese de producción benigna, con lo hecho se conseguía la curación, y en caso contrario, advertido el peligro cuando no se notaban ni los más pequeños indicios de propagación, hacer una histerectomía vaginal resultaba sencillo; en ambos casos yo auguraba un buen resultado para la enferma.

La operación se hizo perfectamente y sin que ocurriera el más pequeño contratiempo ni en el acto operatorio ni en el curso posterior, y á los veinticinco días dí el alta. Los productos del raspado, que analizó mi buen amigo el Dr. Moreno, nada maligno acusaban, y en consecuencia creí había curado á la enferma; pero no fué así. Al mes de la intervención tuvo una menstruación muy pequeña, pues sólo duró día y medio; al mes siguiente, un poco más, y á los cinco días tuvo un ataque de asma que duró cuarenta y ocho horas, y á partir de dicho ataque empezaron una serie de manifestaciones neuro-artríticas: asma, jaquecas, trastornos digestivos, dolores en las piernas, etc., y las hemorragias aparecieron casi lo mismo que antes de ser operada.

El resultado del tratamiento no había podido ser más desgraciado, y entonces adquirí el convencimiento de que un tratamiento general bien dirigido me daría mejor resultado que empeñarme en resolverlo todo con sólo el tratamiento ginecológico, y al efecto mandé á la enferma tomara ioduro potásico é hidrastis canadensis la primera y tercer semana de cada mes, y bromuro sódico con tintura de lobelia la segunda y cuarta; agua de Vichy á todo pasto, bastante

cantidad de leche y cerveza, suprimiendo el vino. En la matriz, y aprovechando el espacio intermenstrual, hacía dilatación con un tallo, manteniendo esta dilatación con gasa iodofórmica y haciendo lavados intrauterinos con agua hervida caliente. Este tratamiento duró ocho meses; la enferma se puso bien, y la matriz se redujo hasta ocho centímetros; hoy sigo observando á la enferma y combatiendo las manifestaciones artríticas que padece de vez en cuando.

Visto el resultado, tengo la seguridad que pude haber conseguido lo mismo si de primera hora combino el tratamiento general sostenido, unido al local descongestionante.

II. Justa Méndez se presentó á nuestra observación en Junio de 1905.

Primera regla á los trece años, presentándose bien y continuando lo mismo, con tres ó cuatro días de duración.

Ha tenido ocho partos naturales, con los puerperios fisiológicos; el último, en Junio de 1904. Al reaparecer el período después del último parto, se ha presentado en forma de menorragias y metrorragias.

Refiere la enferma haber padecido en distintas ocasiones, y sin saber á qué atribuirlo, ataques de bilis (palabras de la enferma) consistentes en vómitos amargos y verdosos, dolores á todo el vientre y algo de calentura, cediendo todo con un purgante á los pocos días.

En Noviembre de 1904 fué á consultar por las metrorragias y menorrragias que padecía, y el profesor encargado de la consulta le practicó un legrado. Los dos meses que siguieron á la operación estuvo bien, pero al tercero aumentó la regla en gran manera, y á los tres meses tenía las mismas hemorragias que antes.

Me llamó la atención en esta enferma el color subictérico de la piel y conjuntiva, cosa habitual en ella según manifestó; la lengua blanca, con un poco de tinte amarillento; astricción, y color oscuro de la orina. La palpación abdominal puso de manifiesto un hígado un poco aumentado de volumen, sobresaliendo un poco del borde costal y algo doloroso á la presión.

La inspección del aparato genital nada aportó, pero vimos unas hemorroides externas bastantes desarrolladas; por el tacto se encontró la matriz en su posición normal y consistencia fisiológica; el histerómetro acusó 8 centímetros de longitud. Nada en los anejos, tejido celular ni perimetrio.

Me figuré que esta enferma, aunque tenía metrorragias y menorragias, más que enferma de ginecología lo era de medicina, y, formado mi plan, la puse tratamiento médico y dietético. Consistió el primero en facilitar las deyecciones, con lo cual quitaba motivos de infección por la retención de heces fecales, favoreciendo la libre cir-

culación de la bilis y disminuyendo la congestión hepática; para ese objeto la mandé tomar todas las mañanas un vaso de agua de Vichy Hôpital, templado al baño de maría, pero á una temperatura que permitiera beberla seguida, y disolviendo antes en el vaso cinco gramos de sulfato de magnesia; á la hora de esto la dije se pusiera una irrigación intestinal de 500 gramos de agua hervida. Con esto conseguí que obrara todos los días. La dispuse además 10 gotas de tintura de hidrastis dos veces al día; las irrigaciones vaginales calientes con agua hervida, y cura con glicerina y ioduro dos veces á la semana. De alimento, huevos y pescados blancos; tomar leche, adicionándole algún poco de agua de Vichy, y supresión de vino y toda bebida alcohólica. Pronto empezó á notar los buenos efectos de este tratamiento; sólo varié la cura de Vichy, que tomó los veinte primeros días, pasados los cuales le administré unas píldoras de extracto de belladona, extracto de cáscara sagrada y ruibarbo, de las que tomó dos después de cada comida, mandándola que cada dos meses hiciera una cura de Vichy; desapareció con esto la astricción tan pertinaz, el color de la piel aclaró mucho, y la conjuntiva recobró el suyo normal; el volumen del hígado se retrajo, no siendo doloroso, y las menorragias y metrorragias han desaparecido.

En la actualidad, como precaución, le hago tomar á todo pasto agua alcalinizada con un poco de bicarbonato sódico, y el hidrastis ocho días antes de los períodos. Se encuentra bien, mas á pesar de ello la veo todos los meses.

III. Leoncia Lázaro, de veinticuatro años. Se presentó en nuestra consulta el día 11 de Noviembre de 1904. Regló por primera vez á los diez y seis años, bien y siendo su duración de tres días, continuando lo mismo hasta después de su último parto, que tiene menorragias. Un parto hace tres años, con puerperio fisiológico, pero perdiendo sangre con gran abundancia los primeros días.

Consulta por dolor á los riñones, flujo blanco y astricción.

La matriz está en retro algo movible, con metritis parenquimatosa, perimetritis posterior.

A esta enferma se le había propuesto el legrado en una consulta de nombre de esta población, pero tomó miedo y no se decidió. La mandé tomar un poco de ioduro al interior, á la par que con quietud é irrigación á 50°, con la cánula de Mendoza, se fué amortiguando la perimetritis; conseguido esto á los veinte días, empecé con el amasamiento, levantando poco á poco el útero y poniendo después de cada sesión tapones empapados con glicerina y ioduro potásico; en el período intermenstrual toma 10 gotas de tintura de hidrastis por la mañana y 10 por la tarde. A los tres meses se encontraba muy aliviada, consiguiendo á los seis la reposición uterina sostenida con un pesario. La mandé después ir cada ocho días para vigilarla y

limpiar el pesario, que quité á los dos meses; y á pesar de ello el útero está en su sitio. La última vez que la vi fué en Enero del presente año, y se encontraba muy bien.

IV. Celedonia Gómez, de veintiséis años; primera regla á los diez y seis años, abundante desde su principio, siendo su duración siete ú ocho días, con mucha regularidad y sin molestias. Casó á los veinte años, y, al reaparecer después de su primer parto hace cinco años, fué más abundante en cantidad, siendo verdaderas menorragias, y desde el último parto, hace veinte meses, se ha convertido en menorragias y metrorragias.

Partos naturales, tres; el último hace veinte meses. Un aborto hace un año.

Sus síntomas, cuando se presentó en la consulta, eran: menorragias, metrorragias, flujo blanco no muy abundante en los espacios que deja libre la sangre, dolores á los riñones y bajo vientre.

Reconocida por tacto vaginal, se aprecia su matriz en retro, movible, grande, blanda, con el cuello entreabierto, que se puede introducir el pulpejo del índice en el conducto cervical; un poco dolorido el fondo de Douglas, con algo de perimetritis posterior.

El espéculum confirma lo apreciado con el tacto respecto al cuello, más el color algo lívido de la infiltración del cuello; por el hocico de tenca se ve fluir un moco blanco algo espeso; una ligera eversión rodea el orificio externo.

El histerómetro acusa una longitud de 9 centímetros.

Con todos estos datos queda fundado el diagnóstico de matriz en retro, movible, en estado de subinvolución, con algún resto posible de placenta, y ligera perimetritis posterior.

El tratamiento fué: reposo durante quince días é irrigaciones calientes para corregir la perimetritis posterior y desinfectar la vagina. Transcurrido ese tiempo, le practiqué el legrado el 20 de Junio de 1905, y, aprovechando la anestesia, le repuse la matriz en su sitio. En todas las curas consecutivas, tuve buen cuidado de vigilar la posición del útero, vigilancia que se tuvo durante un mes; el alta definitiva la dí el 20 de Julio de 1905. La enferma sigue bien; corregidas sus hemorragias.

V. Demetria Allegue, natural de Madrid, de treinta y dos años. Su madre murió de un epitelioma del útero; tiene flujo blanco desde la pubertad.

Primera regla, á los diez y siete años; su aparición fué acompañada en los primeros meses de cloro-anemia; el período era desigual y de muy poco color; por fin se normalizó, y su duración era ocho días.

Casó á los veinte años, y de recién casada tenía su período tres veces cada dos meses; después del primer parto ya lo tuvo más

abundante que antes, pero todos los meses. Así ha continuado hasta Enero último, que, después de un aborto, tiene una metrorragia continua acompañada de coágulos.

Partos naturales, cuatro; el último hace tres años, con los puerperios fisiológicos. Abortos, cuatro; todos de tres faltas, el segundo hace ocho años, y dijo el médico que la asistió que fué una mola; el último ha sido en Enero, con el puerperio febril y retención de la placenta seis días.

Su actual padecimiento data desde ese aborto, y tiene una metrorragia casi continua, dolor al orinar y á los riñones.

Matriz grande, mide 9 centímetros, y blanda, en anteflexión, cuello grande, infiltrado, blando, entreabierto, y ligera eversión; retracción de la base del ligamento ancho izquierdo y un poco dolorido al tacto.

Matriz en subinvolución y metritis post aborto y ligera inflamación de la base del ligamento ancho izquierdo.

Durante veinte días la tuve con reposo é irrigaciones calientes muy abundantes, y, cuando el dolorimiento cedió, practiqué el legrado de la cavidad uterina; en él saqué una porción de restos placentarios. El curso posterior, bueno, y la enferma quedó bien, como sigue hasta ahora. La matriz medía el día del alta 7 centímetros y medio.

Fijándose en estos casos, llama la atención, y así lo manifestaban las enfermas, el síntoma hemorragia, bien en forma de menorragia ó metrorragia, ó ambas combinadas.

El legrado uterino es un medio terapéutico heroico para combatir este síntoma cuando la causa radica única y exclusivamente en el útero; entonces los resultados son admirables, como lo acreditan los casos cuarto y quinto. En éstos la indicación fué perfectamente establecida; en el cuarto encontramos una matriz en subinvolución á consecuencia de un parto; el útero quedó en retro; en esta posición no cabe que la matriz se reduzca bien; además, las dificultades en su circulación de retorno son grandes; queda un útero encharcado y en magníficas condiciones para que al presentarse la congestión menstrual aumente la pasiva que el útero en sí tiene y vengan las menorragias al principio, metrorragias después, por los trastornos que en la mucosa y en el útero en general determinan estas dificultades circulatorias. Si en este caso yo hubiese practicado exclusivamente el legrado uterino, la renovación de la mucosa del útero y la descongestión que por la pérdida sanguínea se hubiera producido, unido á la quietud de la enferma, por reclamarlo así los cuidados post-operatorios, seguramente que la hubiesen aliviado, que en dos ó tres meses se hubieran modificado las hemorragias; pero persistiendo la retro, poco á poco los trastornos circulatorios hubiesen al-

terado los elementos componentes de la mucosa y hubiera vuelto la enferma á estar lo mismo que antes. La reposición del útero evitó esto, y la enferma se encuentra perfectamente curada. Tenemos un caso en que el legrado necesitó el auxilio de la reposición.

El quinto caso es una prueba bien plena del poder del raspado: resultó un medio heroico; son casos en que el legrado es admirable, y no creo se encuentre ni medio ni medicamento que pueda competir con él; reúne, á la seguridad en el resultado, la rapidez en la curación de las enfermas.

No es decir que estas clases de metritis no se curen de otra manera; al contrario, hay muchos medios de combatirlas, que no es del caso exponer ahora, pero ninguno tiene la rapidez del raspado; sólo tratándose de enfermas cobardes, ó en las que haya contraindicación de intervención, es cuando yo emplearé esos otros medios.

En el primer caso el legrado fué inútil. Veamos por qué. Las hemorragias que tenía esta enferma, la edad y el tamaño de su matriz, creo que eran sobrados motivos para practicar un legrado; sólo tenía, como manifestación artrítica, sus frecuentes jaquecas, que en la época que yo la visité eran raras; por lo tanto, mi ánimo se inclinó, no sólo á una metritis hemorrágica, sino hasta una degeneración epitelial de la mucosa. Pero la aparición del asma coincidiendo con la cesación de las hemorragias, bien claramente demostraban que éstas eran producto de la congestión del útero, cosa frecuente en las artríticas; aquellas hemorragias eran como compensadoras del temperamento, y al tapar ese intersticio por donde se escapaba la tendencia congestiva, apareció el asma como manifestación compensadora, las jaquecas y los dolores musculares y articulares váriados. En la actualidad, que se admiten las hemoptisis de origen reumático, hay que admitir también la posibilidad de que el útero pierda sangre de una manera exagerada por la misma causa. En estos temperamentos neuroartríticos, de los que tanto se ha ocupado Richelot en estos últimos tiempos, hay que admitir la propensión á las congestiones; si el útero es un órgano que sufre una congestión mensual para determinar la menstruación, esta congestión puede ser exagerada por temperamento; y esto, repitiéndose uno y otro mes, acaba por determinar las hemorragias: y esto sucedía en el caso de que hablo. Algo modificó el legrado; pero como había que atender á la constitución de la enferma, causa productora de la hemorragia, ésta reapareció, puesto que continuaban actuando las causas, y sólo encontramos un alivio positivo cuando el tratamiento general modificó en gran parte las condiciones de la enferma.

En el segundo caso la causa productora estaba en el hígado. La enferma fué bien legrada, puesto que el ginecólogo que lo hizo es persona competente, que seguramente lleva practicadas más de cien

operaciones de esta índole; pero, no obstante, las hemorragias reaparecieron. Las relaciones que la circulación uterina tiene con la circulación hepática son grandes: el funcionalismo del hígado estaba alterado, y esta alteración tenía que repercutir en el útero; al modificar las condiciones de ese funcionalismo del hígado el útero recobra su normalidad, y así la enferma consiguió por medios médicos lo que el legrado no pudo conseguir anteriormente.

En el tercer caso la matriz está en retro, y estuvo propuesta por un ginecólogo de profesión para el raspado; sin embargo, á mí me pareció que sería posible la curación sin intervención; es más, la consideré como contraindicada por su perimetritis posterior, en el momento que vi la enferma. Pensé lo primero, porque encontré un útero no grande, duro, un tipo de metritis parenquimatosa; el flujo blanco se puede decir que era nulo: por tanto, ¿para qué legrar?; y lo segundo porque, existiendo un proceso perimetrítico que sujetaba la matriz en retro, podía el legrado perjudicar exacerbando dicho proceso y poner peor á la enferma. Los medios médicos empleados dieron su resultado: la enferma curó.

Esta enferma, tratada por el raspado según estaba propuesto, hubiérase puesto peor.

---

## LA ASISTENCIA DE LOS ALIENADOS CRIMINALES EN LOS ASILOS ESPAÑOLES Y ESPECIALMENTE EN EL DE SAN BAUDILIO (BARCELONA)

POR EL DR. A. RODRÍGUEZ MORINI

Médico-Director de dicho Asilo (1).

### I

Ante todo debo hacer constar que, en mi concepto, no está bien aplicado el nombre de *alienados criminales* dado á los enfermos de mente que han cometido un acto delictuoso, pues, como han dicho muy bien Falret y Christian, resulta una monstruosidad el juntar dichos vocablos, que se repelen el uno al otro. Desde el momento en que los Códigos declaran irresponsable al que ha cometido un delito por efecto de su perturbación mental, no es lógico considerar á dicho individuo como criminal y sí sólo como enfermo. Es por esto que en el Asilo de San Baudilio (Barcelona) y en la mayor parte de los Asilos españoles llamamos á dichos desgraciados *locos procesados ó delincuentes,* nombre que expresa mejor su cualidad de en-

(1) Comunicación leída en el *Congreso internacional para la asistencia de los alienados.* Milán, Septiembre de 1906.

fermos que no el de *alienados criminales*. En todo caso podría reservarse este epíteto para aquellos enfermos degenerados en los que la carencia ó la debilidad del sentido moral no excluye una cierta lucidez intelectual, como por ejemplo, los maníacos razonadores, algunos paranoicos y ciertos epilépticos. En todos ellos el acto criminoso puede en algunas ocasiones revestir algún grado de responsabilidad criminal. En los demás, la irresponsabilidad es absoluta, no sólo por falta de conciencia del acto, sino principalmente por la ausencia de un objetivo ó finalidad útil del mismo.

Y dicho esto, recordaré como introducción al tema de estas notas que la cuestión de la asistencia á los alienados procesados ó criminales ha sido tratada ampliamente en todos los países, sin lograr llegar á un acuerdo entre los alienistas, efecto de los opuestos criterios sustentados; pero no hay duda que, de algunos años á esta parte, la opinión más generalizada es la de tratar á los locos que han cometido algún delito como á los demás alienados. Así lo expresó elocuentemente el Dr. Kéraval en el *Congreso de Alienistas franceses* celebrado en Pau en Agosto de 1904; y si bien dicha Asamblea médica no se pronunció unánimemente en favor de dichas ideas, éstas han hecho desde entonces largo y fructuoso camino, y no está lejano el día en que la mayor parte de los alienistas las acepten sin restricción.

No en todos los países existen Asilos especiales para los alienados criminales, y yo abogo por que los que actualmente existen desaparezcan en breve plazo, pues no hay razón para imponer un estigma infamante, sujetándoles á un régimen especial, á la mayor parte de enfermos de la mente que han cometido un acto criminoso. Dichos alienados son en su mayoría inofensivos dentro de los Asilos, y los que por excepción son peligrosos están al mismo nivel que los alienados no procesados que existen en todos los Asilos, y que, debido á su delirio ó á su anormalidad moral, son en muchas ocasiones temibles y tienen que ser objeto de medidas disciplinarias transitorias ó de una vigilancia asidua permanente. Hágase lo mismo con los procesados turbulentos y peligrosos que están en los Asilos ordinarios, y desaparezcan de una vez los Asilos especiales. Inspirado sin duda en estas ideas, ha decretado recientemente el Gobierno francés la desaparición del Asilo especial de Gaillon, ordenando el traslado de los alienados criminales en él albergados á los Asilos ordinarios, constituyendo esto un triunfo para el ilustre Kéraval y para los partidarios de sus opiniones, expuestas en el Congreso de Pau.

En España no existen, ni han existido nunca, Asilos especiales para albergar á los alienados procesados. No en balde mi patria fundó en 1409, en Valencia, por iniciativa de un ilustre fraile mercedario, Fray Juan Gilabert Jofre, el primer Hospital ó Asilo que

ha habido en el mundo para asistir á los locos. Y fiel á esta tradición humanitaria de la nación española, hemos rechazado tenazmente los regímenes de excepción para los locos procesados, y éstos han sido asistidos siempre como los demás enfermos de la mente.

De la manera como son considerados y tratados dichos desgraciados en los Asilos españoles, y especialmente en el Asilo de San Baudilio, del que soy Médico-Director, es lo que voy á exponer con la mayor brevedad posible.

## II

En España, los antiguos Tribunales de justicia, primero, y los Jurados, después, se han mostrado siempre muy rehacios á declarar la irresponsabilidad criminal por efecto de perturbación mental. Es verdad que el Código penal español dice terminantemente que «no delinquen, y por lo tanto no están sujetos á responsabilidad criminal, los locos y los imbéciles»; pero los encargados de administrar justicia, magistrados y jurados, interpretan casi siempre esta disposición en sentido muy restrictivo, y á pesar de los informes periciales, ajustados á los modernos conocimientos psiquiátricos, muchos locos son declarados responsables y van á poblar los presidios en vez de ir á los Asilos. Por este motivo en las Penitenciarías españolas hay muchos alienados, y, como consecuencia de esto, en los Asilos existen relativamente pocos locos procesados ó criminales. Los alienistas españoles luchamos denodadamente contra los prejuicios de la *justicia histórica* y contra las rutinas en que informan sus veredictos los jurados; y si bien la labor es lenta y fatigosa, vamos haciendo comprender á unos y á otros la importancia del informe pericial en estos asuntos de irresponsabilidad criminal, en los que la ciencia psiquiátrica ha de tener siempre la supremacía, ajustándose los fallos de la justicia á las prescripciones de aquélla.

De todos modos, en los casos relativamente poco numerosos en que un individuo enfermo de la mente se beneficia de la excepción señalada en el Código, siendo declarado irresponsable por el Tribunal que ha juzgado su acto criminoso, se decreta en seguida por aquél la reclusión del alienado en un Asilo, sin otra prescripción especial que la de que no pueda el enfermo salir del Asilo más que en el caso de completa curación de su enfermedad mental. Dicha curación ha de ser reconocida y certificada por el Médico-Director del Asilo, y conformándose el Tribunal sentenciador con la opinión médica, dispone la inmediata salida del procesado, quedando dicho individuo en libertad, con la sola condición de estar sujeto á la vigilancia de las autoridades gubernativas, que pueden decretar el

reingreso del mismo en el Asilo tan pronto noten en el individuo el menor síntoma de perturbación mental.

Como ya he dicho que no hay en España Asilos especiales para los locos procesados, son conducidos éstos á los Asilos generales, ingresando los indigentes en los que sostiene la Beneficencia provincial, y los que cuentan con recursos en los Asilos particulares en concepto de pensionistas. No consignándose en el auto de reclusión de dichos alienados ninguna disposición especial respecto de su internamiento, al ingresar en los Asilos se les equipara á los demás alienados comunes, gozando de los mismos derechos y de iguales consideraciones que éstos, quedando únicamente obligados á cumplir el Reglamento interior del Asilo y las disposiciones de la Dirección del mismo. Las autoridades judiciales y gubernativas no se ocupan más de estos enfermos, excepto en el caso en que han de salir del Asilo en concepto de curados.

En este particular la legislación española está basada en un amplio espíritu muy humanitario, y si bien, como he dicho antes, los Tribunales reconocen difícilmente la irresponsabilidad de un individuo por alienación mental, una vez reconocida, consideran al desgraciado loco como á cualquier otro enfermo y lo hospitalizan para intentar su curación, entregándole al cuidado de los médicos alienistas, quienes desde aquel momento son árbitros para tratar al alienado procesado del mismo modo que á los demás asilados.

No sé si en todos los asilos españoles se hace uso en igual forma de esta libertad en favor de los alienados procesados; pero, en honor de la verdad, puedo afirmar que en la mayoría de los Asilos disfrutan de los beneficios comunes á los demás enfermos, y en el de San Baudilio especialmente, gozan en general de un trato y de una consideración que es dudoso alcancen en igual proporción en ningún otro establecimiento frenopático.

## III

El Asilo de San Baudilio, fundado en 1854 y ampliado y reformado con modernas construcciones en 1892 y en 1904, está situado en la extensa vega del Llobregat, á 12 kilómetros de Barcelona, con la que está en comunicación por amplias carreteras y por un ferrocarril de doble vía, por el que circulan trenes de hora en hora. El terreno que ocupa el establecimiento tiene una extensión de 18 hectáreas, es irregular, de suave declive y está al pie de una montaña de poca elevación. Los horizontes que se descubren desde el Asilo son amplios y bellos, y los terrenos que rodean el establecimiento están destinados al cultivo de árboles frutales, viñedos y hortalizas

de todas clases y de todas estaciones. El río Llobregat y un canal de riego fecundan estas hermosas huertas.

La superficie edificada mide cinco hectáreas, estando el resto del terreno distribuído en parques, jardines, huerta y patios. Algunas construcciones antiguas están agrupadas, formando una enorme masa de edificación. Las modernas, que son las más numerosas, afectan la disposición de pabellones aislados, separados unos de otros por grandes espacios con plantaciones y construídos con arreglo á la clase de enfermos que han de albergar, formando así pequeños Asilos autónomos que especializan los grupos de dolencias. Los servicios generales (administración y dirección, enfermerías centrales para somáticos, baños, laboratorios, cocinas, despensas, farmacia, panadería, roperías, etc., etc.) ocupan también edificios especiales situados en los puntos más á propósito para las necesidades de los servicios. Excepto los pabellones ocupados por los epilépticos y por los alienados peligrosos, que tienen anexos grandes patios cerrados, todos los demás pabellones están rodeados de frondosos jardines, sin vallas ni otros medios de aislamiento que pongan la menor traba á la libre circulación de los enfermos.

Cuenta el Asilo con talleres de planchado, lavado y recomposición de ropa en el departamento femenino, y con lampistería, zapatería, sastrería, carpintería, herrería, imprenta y panadería en el departamento masculino. Además existe una Colonia agrícola, adosada al Asilo, donde se crían en gran escala varios animales domésticos y donde se cultivan toda clase de frutos.

Todo el establecimiento frenopático está cercado por un extenso muro, cuya altura está disimulada por la disposición del terreno en forma de salto de lobo.

Con estas condiciones de terreno y de edificación, el Asilo de San Baudilio puede considerársele como respondiendo á los ideales modernos de la Psiquiatría. En él los enfermos gozan de la mayor libertad compatible con la debida vigilancia, y el *non-restraintsystem* se practica en San Baudilio de la manera más amplia y modernizada.

En la actualidad (Septiembre de 1906) la población vesánica de San Baudilio se compone de 1.300 alienados (800 hombres y 500 mujeres), de los cuales 47 (41 hombres y 6 mujeres) han ingresado en el Asilo por mandato de los Tribunales de justicia, teniendo por lo tanto el carácter de alienados delincuentes ó procesados.

Todos los enfermos, lo mismo los hombres que las mujeres, están clasificados y agrupados en siete secciones, llamadas de: tranquilos, dementes y sucios, inbéciles é idiotas, epilépticos, agitados y peligrosos, semiagitados y trabajadores. Esta clasificación no responde á un criterio estrictamente científico, pero resulta muy útil para el

buen funcionamiento administrativo del Asilo, por cuanto mediánte ella el personal subalterno (enfermeros, vigilantes, criados) conoce prácticamente la clase de enfermos que ha de cuidar.

## IV

Ya se ve, por esta división de enfermos, que los que tienen el carácter de procesados no forman grupo aparte, pues están repartidos entre todas las secciones. Unicamente á su ingreso en el Asilo son destinados de momento á la sección de seguridad, donde la mayor parte de ellos no permanecen más que el tiempo necesario para diagnosticar su enfermedad y para estudiar el carácter y las costumbres del enfermo. Algunos, el menor número, quedan indefinidamente en la sección de peligrosos (los impulsivos, los imbéciles morales, los que tienen tendencia á la fuga), pero los demás van á formar parte de la sección á que corresponden según la clasificación antes dicha, confundiéndose con los demás enfermos y dando como éstos un gran contingente al grupo de los trabajadores, formado por todos los alienados que, siendo aptos para algún trabajo manual, pasan algunas horas del día en los talleres de construcción ó en la Colonia agrícola. Algunos se dedican á trabajos intelectuales en las oficinas administrativas del establecimiento, y hay además unos cuantos que desempeñan el cargo de auxiliares de los enfermeros, en las distintas secciones y en la enfermería central, para enfermedades somáticas. En la actualidad son en número de 25 los alienados procesados que prestan diversos servicios.

Los que permanecen por tiempo indefinido en la sección de peligrosos, que mejor podría llamarse *sección de seguridad*, están sujetos al mismo régimen que los alienados comunes que van á parar por diversas causas á dicha sección. Existe en la misma una vigilancia diurna y nocturna más activa que en las demás secciones; la libertad del enfermo está algo restringida, pues no puede salir de la sección más que en virtud de autorización médica; los trabajos manuales que requieran el uso de algún instrumento peligroso están prohibidos; las correcciones son más severas, admitiéndose el empleo transitorio, y por orden facultativa, de medios de sujeción (camisa de fuerza, guanteletes, aislamiento en celdas individuales); las visitas de los parientes y de los amigos están muy limitadas, y sólo se permiten en casos excepcionales. Aparte de esto, el régimen general de estos enfermos es el mismo que el de los demás del Asilo: igual alimentación, iguales horas de paseo al aire libre, igual vestuario, iguales habitaciones y las mismas distracciones (juegos, lecturas, conferencias).

No hay, por lo tanto, en el Asilo de San Baudilio ningún régimen de excepción para los alienados procesados: están asistidos como los demás enfermos de la mente. A la desgracia que sobre ellos pesa de la pérdida de la razón y del recuerdo en algunos del acto criminoso cometido á impulso de su delirio, no añadimos en el Asilo de San Baudilio la pena afrentosa de considerar á estos desgraciados como criminales, sujetándoles á un tratamiento disciplinario más propio de un presidio que de un nosocomio para enfermos de la mente. Con ello cumplimos los médicos españoles la excitación que Kéraval dirigió á sus compañeros alienistas al terminar su discurso en el Congreso de Pau: *que no olvidemos que somos médicos antes que todo, y que los desgraciados que están bajo nuestro cuidado no deben perder jamás el carácter de enfermos.*

Todo lo que acabo de exponer puede resumirse en las siguientes CONCLUSIONES:

1.ª Debiera sustituirse el nombre de *alienados criminales*, dado á los enfermos de la mente que han cometido un acto delictuoso, por el de *alienados procesados ó delincuentes*, palabras que expresan mejor la especial condición de dichos enfermos.

2.ª En España no existen ni han existido nunca Asilos especiales para albergar á esta clase de enfermos. Siendo esto muy racional y muy humanitario, debieran suprimirse los que existen en otras naciones.

3.ª En España los alienados procesados ingresan en los Asilos comunes, considerándoseles como á los demás alienados y sin quedar sujetos á otra excepción que la de que no pueden salir del Asilo más que en caso de curación de la enfermedad mental y previa autorización del Tribunal que ha decretado la reclusión del enfermo.

4.ª En el Asilo de San Baudilio, á los alienados procesados no se les diferencia por ningún concepto de los demás alienados: se les asiste de la misma manera, están sujetos á las mismas prescripciones médicas y administrativas y no forman grupo aparte, estando distribuídos entre todas las secciones que constituyen el Asilo.

5.ª En el Asilo de San Baudilio trabajan en diversos talleres de construcción y en la Colonia agrícola muchos alienados procesados, no excluyéndose del trabajo más que aquellos enfermos que resultan peligrosos por sus delirios impulsivos ó por la falta de sentido moral.

Asilo de San Baudilio (Barcelona), Septiembre de 1906.

# UN CASO DE LUXACIÓN CONGÉNITA DEL RADIO

Por el Dr. José de Palacios y Olmedo
Del Instituto Rubio.

En Abril de 1905 presentóse en el Dispensario de ósteoartropatías y ortopedia una muchacha de diez y ocho años de edad, quejándose de fuerte dolor que de la mano izquierda se le corría al hombro, de no poder verificar con soltura los movimientos de pronación y supinación, y con el antebrazo ligeramente flexionado sobre el brazo, teniendo muy limitadas la flexión y extensión del miembro.

Pocos antecedentes pudimos recoger: ni la madre recordaba, y no es de extrañar, la presentación del parto, ni la muchacha ha padecido enfermedades que nos puedan interesar para el estudio de la deformidad en cuestión. A los dos meses de nacer fué cuando su madre apreció grandes dificultades en el movimiento del brazo de la niña; pasado algún tiempo, se le presentó el dolor, que, yendo en aumento, la decidió á venir al Dispensario.

Por la inspección pudimos comprobar la atrofia del brazo izquierdo, menos pronunciada en el antebrazo con relación al miembro sano, así como todas las dificultades funcionales ya enumeradas. Medida la longitud total del miembro, la encontramos disminuída en un centímetro y medio, estando, por el contrario, aumentada la distancia de epitróclea á epicóndilo, tomada por la cara anterior de la articulación.

Por palpación se observaba una saliente bastante marcada en la parte ántero-externa del codo, saliente muy movible al practicar la flexión, extensión, pronación y supinación.

Sospechando por los antecedentes, la dureza de la saliente y los datos recogidos, que pudiera tratarse de una luxación congénita del radio, aunque no conocía ningún caso, llevé la enferma á mi querido maestro el Dr. Martínez Angel, que confirmó mi diagnóstico, encargando que se hiciera una radiografía. Desgraciadamente, por circunstancias que no son del caso, ésta fué destruída, privándome de presentar dato tan fehaciente como curioso.

Dediquéme en seguida á pesar el pro y el contra de los diversos procedimientes operatorios, optando por la resección de la extremidad radial luxada, más que con la esperanza de corregir la dificultad de movimientos, por ver si se podía combatir el dolor, que era lo que más molestaba á la enferma, máxime al dedicarse al servicio, en el cual tenía que hacer fuerzas con el brazo, que le aumentaban los dolores.

Se la operó practicando una incisión de cinco centímetros pró-

ximamente al nivel de la cabeza luxada, cayendo encima de ella, después de reconocer la región para evitar la sección del nervio radial, sección que hubiera empeorado notablemente el estado de la enferma; se aisló la cabeza radial, que estaba redondeada casi por completo, resecándola, sin incidente digno de mención. Dos suturas, una profunda y otra superficial, completaron la operación. La enferma siguió un curso postoperatorio normal, cicatrizando rápidamente y comenzando á movilizársele pasivamente la articulación á los dos días de operada. Después, y durante unos seis meses, ha estado sometida á tratamiento de gimnasia y masaje con grandes intermitencias, por no acudir á la consulta con regularidad. Los dolores han desaparecido por completo; no así las dificultades para los movimientos, que, justo es decirlo, no se han modificado casi nada.

De todos los síntomas enumerados, uno hay que por lo menos en este caso fué el más importante, puesto que por él se practicó la operación: me refiero al dolor, achacable según todas las probabilidades á compresiones del nervio radial; claro está que desde este punto de vista se consiguió el objeto deseado, desapareciendo por completo á poco de hacerse la operación. Las dificultades funcionales cabe pensar que, si no desaparecieron, fué por esa fatal tendencia á la anquilosis que se observa preferentemente en las articulaciones del codo, á pesar de que, contando ya con ella, se le hicieron los movimientos pasivos casi inmediatamente, aun corriendo el riesgo de rasgar los puntos de sutura, como ocurrió con algunos. La falta de constancia de la enferma tal vez influyera no poco en el escaso resultado obtenido.

La luxación congénita del radio es una deformidad poco observada. Según los datos que he podido reunir, no pasan de 43 los casos observados, habiendo descrito el primero Dupuytren, que lo encontró en un cadáver. Parece ser que, al contrario de lo que ocurre con la luxación congénita de la cadera, resulta más predispuesto el sexo masculino que el femenino para padecer la deformidad en estudio (un 70 por 100 de los casos observados son masculinos). Nada hay que decir respecto de la influencia de la herencia y la heredo-sífilis, así como la coexistencia con varias deformidades, como luxaciones de ambas rodillas, pie bot congénito, luxación congénita de la mano, vicios de implantación de dientes, etc., etc.

Respecto de patogenia no faltan, como es de suponer, las teorías traumáticas de las compresiones dentro del útero, de las actitudes viciosas, inflamatoria, neuromuscular, etc., etc. El tratamiento, que es lo más interesante en realidad, sobre todo para el enfermo, debe supeditarse en primer término á los trastornos que existan. Luxaciones descubiertas por casualidad, sin que existan dificultades en la función del miembro, dolores, etc., etc., deben dejarse como es-

tán, y todo lo más, si se ve la reducción fácil, cosa no imposible, intentar practicarla incruentamente. Varía mucho la cuestión cuando se trata de casos como el que nos ocupa, en el que los dolores sumamente vivos hacían imposible el dejarlo en ese estado; ó bien si se trata de enfermos que han llegado á experimentar tal impotencia funcional que les resulta inútil ó poco menos el miembro. En estos casos pueden practicarse, bien intervenciones sobre las partes blandas, bien sobre las superficies articulares; las primeras se reducen á tenotomías, ó mejor, tenoplastias por desdoblamiento del tendón del biceps. Las pocas veces que han sido practicadas han dado mediano resultado. Las segundas son las resecciones totales ó parciales de la articulación del codo. La resección total paréceme un tanto desproporcionada con relación á la importancia y gravedad de la lesión, tanto más cuanto que al tratarse de combatir las dificultades que al tropezar la cabeza radial con el húmero opone á la flexión, debe bastar con resecar ésta para conseguir el objeto deseado. Ha sido practicada una vez por Langenbeck, falleciendo el operadito unas semanas después.

La resección parcial de la cabeza del radio parece debe ser la operación que se elija. Por encima de la tuberosidad bicipital, sabido es que la cabeza radial no tiene ninguna otra inserción ligamentosa ni tendinosa. Los ligamentos articulares que se fijan al radio son algunas fibras del anterior y el fascículo anterior del lateral externo, y lo hacen en el anillo fibroso que rodea su cabeza; este anillo fibroso no hay que sacrificarlo en la operación.

La operación ideal parece debiera ser la reducción cruenta; sin embargo, desgraciadamente, en la mayoría de los casos el radio está alargado, imposibilitando la reducción, debiendo tenerse en cuenta asimismo la instabilidad, digámoslo así, de la articulación húmero-radial y el envaramiento, que arrastraría la pérdida de los movimientos de flexión, extensión, pronación y supinación, con lo cual se dejaría al sujeto bastante peor que antes de operado, pues lo que se busca al operar es precisamente aumentar los movimientos. Esta clase de lesiones cada día han de irse observando más; pues, sin negar su rareza, no es aventurado suponer habrá muchas que por sus escasos trastornos dolorosos y funcionales se hayan escapado á la observación del cirujano.

El vulgo dice: cada día hay más enfermedades; no faltándole razón, toda vez que las especialidades van aislando y estudiando con mucha más atención lesiones que antes ó pasaban ignoradas ó eran incluídas en un grupo general, inmenso cajón de sastre, que al igual del reumatismo, la escrófula, la sífilis, etc., etc., resultaba sumamente socorrido para no quedarse sin hacer un diagnóstico.

# DOS CASOS DE ABSCESO RETROFARÍNGEO

POR EL DR. JIMÉNEZ ENCINA
Del Instituto Rubio.

Una mañana, cumplida mi obligación en el Dispensario de Otorino-laringología del Instituto Rubio, quise aprovechar las fecundas lecciones del querido maestro Dr. D. Manuel Castillo, y á su lado me encontraba en la consulta de cirugía general viendo enfermos, cuando llamó nuestra atención, alarmando nuestros oídos, una respiración ruidosa y de extrema angustia. Había entrado una joven con una niña en brazos que respiraba á duras penas y que tenía un aspecto de ruina orgánica completa. Habiendo terminado con el enfermo que se observaba, llegó su turno á la niña, cuya madre nos refirió: que tenía un año, que no había padecido ninguna enfermedad anterior, que no había antecedentes hereditarios y que se venía criando muy bien, amamantada por ella. Hacía diez días comenzó á mamar con dificultad, que fué graduándose hasta impedir por completo la deglución; venía teniendo fiebre muy irregular, y hacía cinco, *á ratos*, se quedaba afónica, llegando á ser continua la afonía desde el séptimo día. La respiración comenzó á hacerse ruidosa después de la dificultad al deglutir y llevaba dos días en los que parecía que se quedaba ahogada en algunos momentos.

El aspecto de aquel cuerpecito emaciado y pálido y el profundo tinte azulado de la cara confirmaban el relato de la madre atribulada. Desnuda la enfermita, pudimos apreciar la lucha tenaz que aquel cuerpo débil sostenía contra el obstáculo que le privaba casi por completo del aire, y era evidente que aquella prensa torácica y todos los músculos que propendían á auxiliarla iban á descansar en breve para siempre.

Presentaba en la región lateral derecha del cuello un abultamiento único, de bordes difusos, con fluctuación dudosa y en caso muy profunda; no había alteración del color de la piel.

Recostada la enfermita en los brazos de su madre en una laxitud extrema, al tratar de incorporarla iniciaba un quejido *afónico* y débil; pero al cogerla, oprimiéndole la nariz entre los dedos para forzarla á abrir la boca, el quejido fué *sonoro*, claramente sonoro al ser más fuerte, hecho que llamó poderosamente nuestra atención y que acaso nos puso á todos en el camino de resolver el problema.

El Dr. Castillo me encargó de la enferma, diciéndome *que tactara detenidamente la garganta*.

He de advertir que el médico que venía prestando asistencia á esta niña opinaba que padecía de crup, y así lo consignaba en una nota muy bien razonada que llevaba la madre, á la que aconseja-

ron ir al Instituto de Sueroterapia. A nosotros vino, pues, por equivocación.

Hecho cargo de la enferma, examiné su garganta, iluminando con el espejo frontal, y vi las amígdalas palatinas y faringe bañadas por un exudado blanquecino y espeso, de aspecto purulento. Por la hipertrofia de las amígdalas, al deprimir la lengua se unían en la línea media y tapaban la pared posterior de la faringe. Limpié detenidamente con un portaalgodón, y pude ver que ambas tenían en su superficie numerosas criptas muy excavadas, semejando placas, por estar repletas del líquido blanquecino, y que sin duda fueron un motivo poderoso para el diagnóstico de difteria que se había formulado.

Procedí al tacto digital faríngeo, y en la pared posterior, en su porción inferior ó traslaríngea y hacia la parte media, toqué un bulto blandujo y fluctuante que en forma de saco llegaba á gravitar sobre la laringe, tapándola, si bien incompletamente, gracias á la desigualdad del perímetro del vestíbulo laríngeo por el relieve de cada aritenoides. Por eso los sonidos no podían producirse sino cuando, impulsado aquel obstáculo por una columna de aire violenta, como la del llanto, dejaba de apoyarse por un momento en la laringe y le permitía la función fonética. Pudimos apreciar por el tacto combinado la relación del abultamiento del cuello con el de la faringe, y convencido de la urgencia de la dilatación de aquel absceso que, de abrirse espontáneamente, amenazaba ahogar á la enfermita si antes no se asfixiaba lentamente, que era mi impresión, aconsejamos la intervención en el acto. Pero la pobre madre me suplicó un aplazamiento. Había de contar con el beneplácito de la familia y del médico, que con gran interés la venía tratando. Accedí á ir á su casa, y quedamos en que avisaría al médico de cabecera. Allí nos vimos, y cambié impresiones con el compañero, profesor cultísimo y bondadoso, que esperaba preparando lo necesario para una traqueotomía, cuya operación fué la que creyó por mí aconsejada. Comprobamos juntos por el tacto la existencia de aquel gran flemón, que entonces dejaba fluir algo más de pus por alguna solución de continuidad ínfima que ya existiera, y procedimos á la dilatación. Colocada la enfermita en posición, sentada sobre la falda de una mujer que la inmovilizó convenientemente, pude introducir un bisturí recto, previamente revestido con algodón, hasta cerca de la punta, para no cortar mi dedo índice izquierdo, introducido antes como guía, ni la lengua de la pequeña paciente. Cuando comprobé que la punta del bisturí se apoyaba en la parte inferior del saco de pus, practiqué una amplia incisión de abajo arriba, y rapidísimamente invertí el cuerpo de la nena suspendiéndola de las piernas. Arrojó gran cantidad de pus fétido y oscuro, y vimos desaparecer

el abultamiento del cuello *ipso facto*. Luego comprobé tactando de nuevo que la incisión era amplia y que no quedaba pus aprisionado. Prescribimos un purgante de calomelanos, y no hubo más que hacer: la enfermita fué animándose, á poco mamó, luego se nutrió bien, y bien se conserva dos años después.

El segundo caso es idéntico, y sólo difiere en algunas circunstancias ajenas al enfermo y á la enfermedad, y á las que doy determinada importancia. Pasaba mi consulta de enfermedades de la garganta en el Dispensario antituberculoso, un día en que, por esperar la visita de cierto personaje oficial, se habían reunido bastantes médicos á la hora en que yo trabajaba.

Me llevaron un enfermo nuevo, niño de tres años, también *afónico*, caquéctico y cianótico, que no podía deglutir hacía días, y próximo á sucumbir por asfixia. Examiné la garganta iluminando por la boca, y después de larga inspección, que se hacía muy mal por la indocilidad y la amenaza de asfixia del enfermito, pude hacerme cargo de que en la faringe bucal y en las amígdalas palatinas no había nada anormal. Le hice llorar, y entonces produjo sonido perfectamente claro. Hice el tacto faríngeo, y encontré un gran flemón saciforme, blando y muy inferior. También en este caso se había hecho diagnóstico de difteria; es más, se le habían aplicado dos inyecciones de suero antidiftérico. Llamé á los compañeros diciéndoles que vieran á aquel niño, por creerle un caso muy interesante, y más votos hubo en favor del diagnóstico de difteria que en el de absceso faríngeo, que alguno sospechó y yo confirmé diciéndole el resultado del tacto. Y procedimos á la dilatación, como en el primer caso, invirtiendo rápidamente el cuerpo del niño: calomelanos, etcétera; y al poco tiempo el enfermito estaba bueno, y llegó á adquirir su peso proporcional.

La identidad, que tanto resalta en ambas historias, me releva de hacer consideraciones para cada caso; en ambos faltó un medio de exploración, el tacto de la faringe, que tan preciosos datos suministra. Ningún sentido es más fiel que el tacto convenientemente educado. Con tan fácil recurso, único, por otra parte, que en muchos casos puede emplearse con resultado, se hubieran diagnosticado estos dos enfermos, que á poco más habrían sido argumentos aparentemente de gran fuerza contra el suero antidiftérico.

Ya Morell-Mackenzie hizo notar la frecuencia del absceso faríngeo en los niños, y puesto que el laringoscopio no puede darnos datos en los extenuados y aun moribundos, que nos traen á la consulta, vale la pena adiestrarse en este medio de exploración. En cuanto á la etiología de estos abscesos, creo que debe concederse más importancia á los traumatismos. En estos dos casos descritos, en que *violentamente y no de un modo lento* se establece la dificultad de

deglutir y de respirar, en que no hay antecedentes de tuberculosis ni de sífilis, y, sobre todo, en los que la herida de la dilatación cicatrizó pronto y el absceso no recidivó, hay que desechar la caries de las vértebras como causa, frecuentemente admitida, de estos afectos.

Los objetos puntiagudos é irregulares de múltiples formas que los niños suelen llevar á la boca, y que fácilmente causan heridas ó pequeñísimas erosiones de la mucosa, son, en mi concepto, la más frecuente causa de estos abscesos.

Recuerdo un caso del Dispensario de Garganta del Instituto, tratado por mi sabio maestro el Dr. Uruñuela, de absceso retrofaríngeo enorme consecutivo á la rotura del ligamento vertebral común anterior, en su porción cervical, ocasionada repentinamente por un movimiento llevando el paciente mucho peso sobre la cabeza. Y he de mencionar también un caso de séptico-puoemia por un absceso faríngeo lateral pequeño, que no dió síntomas de respiración ni de fonación, y que fué descubierto por el tacto fino del Dr. Morales Lahoz, mi querido compañero, señalando dónde estaba el pus que comprobó el análisis micrográfico, y que despejó las densas nebulosidades que oscurecían este caso tratado por eminentes médicos.

Hay que concluir, pues, con Solis-Cohen, que debe sospecharse la existencia de un absceso faríngeo cuando se trate de niños pequeños con los síntomas respiratorios y fonéticos descritos; sobre todo, si la afonía cesa con el llanto. Y hay que emplear el tacto digital sistemáticamente.

---

## HERNIA INGUINAL MUY VOLUMINOSA

### CURA RADICAL

POR EL DR. D. P. LOZANO PONCE DE LEÓN
Del Instituto Rubio.

De las dimensiones extraordinarias que pueden adquirir las hernias inguinales, y lo mismo puede decirse de todas las otras variedades de hernias, así como de los efectos beneficiosos de la operación llamada cura radical de la hernia, nos da un ejemplo notable el caso clínico de cuya historia me voy á ocupar, por creer que de él podemos sacar enseñanzas provechosas.

Al finalizar el pasado curso, se presentó en el Instituto Rubio P. T., cuya fotografía presento, de edad de cuarenta años, natural de la isla de Cuba, pero con residencia en España desde la niñez, en Puerto de Vega, provincia de Oviedo, y el que, dedicado en su juventud á marinero, tuvo que abandonar á los treinta años dicha profesión, por estorbarlo el desarrollo extraordinario que adquiriera una

hernia inguinal, que notó á los veintitrés años, y cuya aparición atribuye el enfermo á los esfuerzos que tenía que hacer para cargar y descargar sacos de 12 arrobas de peso.

Es lo cierto que, ocupado en estas faenas que exigían tamaños esfuerzos, percibió en un principio, y á la edad citada de veintitrés años, un abultamiento pequeño, completamente indolente, en la ingle derecha, del que no hizo el menor caso, sin duda por no ocasionarle molestias, y el cual fué creciendo lentamente hasta adquirir, cuando el enfermo tenía treinta y cinco años, el tamaño de sus dos puños cerrados.

Es de advertir que en todo este tiempo de desarrollo herniario, notaba el enfermo que con el reposo de la cama el bulto disminuía considerablemente de tamaño, sin desaparecer, y, en cambio, aumentaban sus dimensiones durante los trabajos del día; no usó nunca braguero ni vendaje alguno contentivo.

Casóse el enfermo á los treinta y cinco años, y dos meses después de su boda sufrió un *cólico* intensísimo que le tuvo postrado en cama nueve días, acompañado de grandes dolores y vómitos, de cuya naturaleza no nos supo dar cuenta por no recordarlo, y los que no cedieron hasta pasados veinte días. A partir de esta fecha, las dimensiones de la hernia fueron las mismas de día y de noche; su tamaño aumentó; pero, pasada esa crisis dolorosa, sólo volvió á sentir molestias y dolores cada dos ó tres meses, que se repetían no con tanta intensidad, cediendo con el empléo de algún purgante.

Preguntando al enfermo acerca de la opinión que mereciera á los médicos que le asistieron el cólico mencionado, afirma que le trataron como una estrangulación. Nosotros creemos, no obstante, fundándonos en los datos recogidos en el acto operatorio, que debió el accidente reducirse á una obstrucción intestinal; pero como consideramos de interés clínico no escaso el distinguir la estrangulación herniaria de la obstrucción intestinal, más adelante encontraremos ocasión de puntualizar los signos característicos de una y otra.

Después de estos antecedentes, recogidos haciendo abstracción, como se ve, de todo cuanto no estuviera íntimamente relacionado con el padecimiento acerca del que el enfermo nos venía á consultar, procedimos á un reconocimiento detenido.

Antes de desnudarse el enfermo, nos llamó la atención, tanto la dificultad considerable de la progresión como un abultamiento extraordinario, correspondiendo á la parte superior, media é interna del muslo derecho, que se hacía ostensible, á pesar de las dimensiones amplias del pantalón en la parte correspondiente.

Al bajarse el enfermo el pantalón, quedaba péndula una tumoración inmensa, que nos hizo recordar otra, en la misma región y de idéntico tamaño, de otro enfermo que operé ayudado por nuestro

querido amigo y eminente cirujano el Dr. Arnal, hace dos años, diagnosticada de lipoma gigante y péndulo de la región inguino-escrotal; pero bastaba fijar un poco la atención para desde luego notar el diferente aspecto de las dos tumoraciones, á pesar de hallarse una y otra envueltas por el escroto, que no ofrecía en su coloración, flexibilidad ni textura más cambios que los propios á una distensión extraordinaria. Pero el lipoma hallábase rodeado de grandes venas, no más pequeñas que yugulares, nutricias del tumor, que se transparentaban á través de la piel del escroto; vascularización intensa de que carecía la hernia de nuestro enfermo. Pero lo que más diferenciaba una de otra tumoración era que la correspondiente al lipo-

Fig. 1.ª

ma hallábase limitada antes de llegar á la región inguinal por un pedículo que, cogido entre los dedos índice y pulgar de la mano derecha, daba la impresión clara de que no había órgano ni tejido alguno comprendido entre las paredes anterior y posterior del escroto correspondiente, mientras que en la hernia el contenido de la tumoración formaba un todo continuo con el pedículo que se perdía en el interior de la cavidad del vientre.

Acostado en decúbito supino el enfermo y cogida la tumoración entre las dos manos, se percibía una consistencia blanda, pastosa y uniforme; una irreductibilidad absoluta en los esfuerzos de taxis que hicimos, y un sonido timpánico más ó menos perceptible en toda la extensión de la superficie del tumor. Independiente y libre de la tumoración, se percibía el testículo derecho, que no descendía al fondo de ella. El pene, como atrofiado y deforme, quedaba en la parte superior, y el testículo izquierdo formaba una pequeña prominencia en la parte central é izquierda del tumor, como puede verse en la figura 1.ª

En vista de los antecedentes expuestos y del resultado del examen, diagnosticamos: hernia inguinal directa muy voluminosa, irreductible, al parecer por adherencias, y cuyo contenido le forman asas intestinales.

Una duda nos asaltó después de formulado nuestro diagnóstico, motivada por la carencia absoluta, no sólo de dolores, sino de molestias, que el enfermo nos afirmó no experimentaba, exceptuando las crisis dolorosas mencionadas, funcionando en los intervalos sus intestinos con completa normalidad.

Pero de que el contenido no le formaba el epiplón nos convenció el sonido timpánico, que volvimos á percibir claramente al percutir de nuevo.

Formulado el diagnóstico, quedábanos por resolver el problema que había motivado el largo viaje que el enfermo hiciera influído por el médico titular del pueblo de su residencia, cuyo compañero le había aconsejado viniera al Instituto Rubio, donde, según él, únicamente podría encontrar curación á su padecimiento. Semejante hernia, ¿era operable? Confesamos ingenuamente que nuestra primera impresión fué la de que no debía operarse. Y fundamos nuestra opinión: 1.°, en la irreductibilidad de la hernia, que hacía suponer multitud de adherencias entre saco é intestinos, difíciles de vencer sin desgarrar la serosa intestinal, en proporción alarmante y peligrosa para el resultado satisfactorio de la operación; 2.°, en que hallándose alojados en el saco herniario desde tan larga fecha multitud de asas intestinales, pensábamos que difícilmente podríamos reducirlas por falta de cavidad abdominal, y, en caso de conseguirlo, nos cabía la duda de cómo podrían funcionar estos intestinos sometidos rápidamente á condiciones de alojamiento tan distintas de las que las circunstancias les habían proporcionado.

En vista de estas serias dificultades, aconsejamos al enfermo el uso de un saco á manera de suspensorio que contuviera y evitara en lo posible el completo descenso de las vísceras abdominales en la cavidad del saco.

Contribuyó á esta nuestra decisión, pudiéramos decir provisional, el recuerdo de un caso que nos refirió nuestro amigo é ilustre cirujano el Dr. Cervera, referente á un enfermo con una hernia inguinal voluminosa, que él se negó á operar, pero que otro cirujano con más alientos quiso hacerlo; y en efecto, lo intentó, presenciando la operación el Dr. Cervera, el que en vista de la inutilidad de cuantos esfuerzos hiciera su compañero para reducir la hernia, y aun de las grandes dificultades que tuvo que vencer para suturar el saco peritoneal, donde á causa de las manipulaciones ejecutadas no se podían contener y alojar de nuevo las asas intestinales, se felicitó de haber sido más previsor y de no haber hecho correr inútilmente

serios riesgos al enfermo, que quedó en la misma situación que estaba antes de operarse.

Pero nuestro enfermo, que lleno de esperanza había venido al Instituto Rubio, no podía resignarse fácilmente á volver á su país sin haber conseguido una curación tan anhelada; trató de buscar influencias para que otros cirujanos del Instituto le examinaran, para oir su opinión. En efecto: á los pocos días nuestro querido amigo y jefe del Dispensario de Cirugía general, Dr. Castillo, nos rogó que examináramos con detenimiento á un enfermo que le habían recomendado con interés; al punto reconocimos al que ya había sido objeto de nuestra observación, y le dijimos en síntesis que, á nuestro juicio, era una hernia que juzgábamos inoperable. Dada la competencia extraordinaria en asuntos de cirugía del Dr. Castillo, no nos maravilló el que, buscando una solución al problema quirúrgico que tan arriesgada como incierta se presentara, nos dijera: Y si el contenido de la hernia fuera epiplón en grandes proporciones, ¿no podría resecarse y de este modo llevar á cabo con feliz éxito la operación? Indudablemente era la única tabla de salvación que, pensando científicamente, podía aceptarse; pero á nuestro juicio ni esta solución podía admitirse, porque de nuevo examinando la tumoración carecía de aquella pastosidad y blandura propia de las hernias epiploicas, y en cambio la percusión seguía dándonos el sonido timpánico que en nuestro primer reconocimiento percibiéramos.

En la duda de lo que convenía hacer con el enfermo, se le citó para el próximo jueves con el fin de que fuera examinado por otros profesores y formar una opinión definitiva, después de discutirse con la amplitud que lo interesante del caso requería. Pero la circunstancia de estar ausente el Dr. Cervera nos impidió oir su autorizada opinión, y la de los de más compañeros que le vieron no disintió de la nuestra.

El enfermo, mientras tanto, con una obstinación inconmovible, no se cansaba de acudir á cuantas citaciones se le hicieran y de someterse á cuantos reconocimientos se solicitaba, siempre haciéndonos el ruego de que se le operara, ocurriese lo que ocurriese. En vista de esta situación de ánimo del enfermo, y atendiendo á la vida de continuas molestias y peligros que llevaba, privándole al mismo tiempo del trato social, el Dr. Castillo y yo convinimos en operarle.

Así lo hice, ayudado por el Dr. Pallarés, el día 2 de Junio, procediendo de la siguiente manera, que detallamos por creer que no carece de interés.

Sobre lo que podríamos llamar pedículo de la hernia, hicimos una incisión en la piel, que prolongamos muy poco, en dirección del escroto, hasta llegar al saco herniario, que no tardamos en des-

cubrir. Hicimos el despegamiento del saco en una gran extensión, procurando respetar, como así lo conseguimos, los elementos del cordón espermático que estaban disociados y esparcidos en gran parte de la superficie del saco.

Deliberadamente no quisimos abrir el saco, por si la expansión de las asas intestinales que por transparencia se veían nos estorbaba la sutura del mismo si no conseguíamos la reducción de la hernia. Ya que tuvimos aislado completamente el saco, teniendo el ayudante suspendida con las dos manos la hernia, empezamos á empujar dentro de la cavidad del vientre las asas intestinales que más próximas se encontraban; mediante esfuerzos sostenidos y bastante intensos, y en pleno período de relajación clorofórmica del enfermo, notamos qué la tumoración se reducía de volumen lentamente, consiguiendo, después de colocar en posición de Trendelemburg al paciente, que desaparecieran del saco todas las asas intestinales que contenía. Entonces fué cuando, dueños de la situación, abrimos el saco, pasamos un grueso catgut por el centro de su cuello, atamos fuertemente una mitad, luego la otra, y por último, con la misma ligadura dimos varias vueltas y nudos á la totalidad del cuello del saco.

Inmediatamente suturamos con hilo de plata la mitad inferior de la inmensa abertura que formaba el anillo inguinal externo, dejando libres los elementos del cordón en la comisura superior de esta sutura; sobre estos elementos, y no dejando más espacio que el necesario para su paso, comenzamos la sutura de la porción superior de dicho anillo, y terminamos la operación suturando la piel y la porción del escroto, no muy extensamente incindida, previo drenado con gasa.

Terminada felizmente la operación, que se ejecutó con una rapidez que no esperábamos, y sin más labor que la sumariamente expuesta, no por eso quedamos tranquilos respecto á las consecuencias de la misma, sobre todo las que hacían referencia de un modo directo á la manera de comportarse las asas intestinales en su por tanto tiempo abandonado alojamiento. Las primeras veinticuatro horas las pasó el enfermo bastante bien, pues apenas si hubo vómitos, y la temperatura no pasó de 38°. A las cuarenta y ocho horas quitamos el drenado, que había dado lugar á poca cantidad de exudados fuera de la herida, pero que no sirvió para eliminar bastante cantidad de sangre acumulada en el interior del escroto. Es natural que la deficiente compresión, por circunstancias anejas á la región, unido á la extensísima superficie de despegamiento entre el enorme saco herniario extirpado y las paredes de la bolsa escrotal, y la gran cavidad escrotal que quedaba, pues no hicimos resección alguna de ella, fueron causas abonadas para determinar el he-

matoma considerable que se desarrolló en el escroto. Intentamos en días sucesivos facilitar su evacuación; pero, fuera por coagulación de la sangre ó por incomunicación de la bolsa con el drenado que dejamos, es lo cierto que no conseguimos dar salida á la sangre coleccionada en dicho hematoma.

Pasadas las primeras veinticuatro horas, permitimos al enfermo alimentación láctea, que toleró bien, y la temperatura no se elevó por cima de 38°; pero al tercer día después de la operación, no habiendo movido el vientre, encontrándose éste bastante timpanizado, teniendo el enfermo cierta ansiedad epigástrica sin ir acompañada de dolores, y presentando la lengua seca, creímos oportuno administrarle 30 gramos de aceite de ricino, que le hicieron efecto

FIG. 2.ª

purgante y aliviaron la situación molesta del paciente. Al sexto día tuvimos que repetir el purgante porque se fueron de nuevo acentuando las molestias enumeradas, y sobre todo la dilatación timpánica del vientre y la atonía intestinal, que fué la causa de que en los días transcurridos no hubiera habido ni expulsión de gases ni de excrementos. Contrastaba este estado casi alarmante de atonía intestinal con la falta de temperatura, y sobre todo con la buena disposición del enfermo para recibir el alimento único dispuesto, la leche. Administrado de nuevo el aceite, vimos desaparecer para siempre la atonía intestinal y todo su cortejo de síntomas: la temperatura se hizo normal; la lengua perdió su aspecto seco apergaminado, la timpanización desapareció y el intestino dió señales en lo sucesivo de acomodación á su nuevo alojamiento, desempeñando á perfección su función de motilidad muscular.

A los once días quitamos los puntos superficiales de la herida, encontrando ésta completamente cicatrizada, y vigilamos la compresión sobre el hematoma, que fué reduciéndose hasta adquirir el tamaño de una naranja gruesa.

Ibamos á dar de alta en estas condiciones al operado por haberse entretanto cerrado el curso en el Instituto; pero se nos hacía violento el despedirle con esta tumoración, que, sin afectar en nada al éxito completo de la cura radical de la hernia, afeaba, por decirlo así, el resultado, y en su virtud decidimos el 6 de Julio, y previa cocainización de la región, el vaciar el hematoma, cuyas paredes gruesas y fibrinosas contenían algunos coágulos sanguíneos.

Después de esta segunda intervención el enfermo siguió completamente bien, regresando á los pocos días á su pueblo completamente bien y satisfecho del éxito alcanzado (fig. 2.ª).

Por no hacer sobrado extensa esta relación, nos ocuparemos en el número próximo de las consideraciones clínicas que se desprenden del caso cuya historia acabamos de relatar.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## LOS NEURASTÉNICOS

POR EL DR. D. ANTONIO MUT
Del Instituto Rubio.

En el número 28 del *Lyon Medical* encuentro un artículo que firma M. Royet y que titula «Relaciones entre el síndrome neurasténico y el síndrome laberíntico», encaminado á demostrar que todos los síntomas principales de la neurastenia se explican por desórdenes en el laberinto.

La astenia neuro-muscular, la astenia digestiva, la cefalea neurasténica, las sensaciones dolorosas, los desórdenes respiratorios y circulatorios, la angustia, las fobias... todo, todo puede ser producto exclusivamente de las excitaciones anormales ocurridas en los órganos laberínticos ó de los diversos estados morbosos que producen dichas excitaciones.

Y es de ver, hay que leer, mejor dicho, cómo se las compone el Sr. Royet para venir en consecuencia que el mayor número de vértigos son curables por un tratamiento rino-faríngeo, lo mismo que todos los demás síntomas neurasténicos que son su natural secuela, y que, en suma, ninguna otra teoría patogenética explica como ésta la causa de los desequilibrios nerviosos neurasténicos, ni da una interpretacion tan satisfactoria.

Si la ingeniosa teoría del Sr. Royet cuajara, ya nos podríamos despedir los médicos de tratar ningún enfermo neurasténico, porque pasarían de hecho á ser subsidiarios de las manipulaciones oto-rino-faringológicas, y la neurastenia pasaría, por consiguiente, á ser un capítulo más en los tratados de esta especialidad. En mi opinión, sin embargo, el Sr. Royet confunde los hechos, los enfermos y las interpretaciones de los hechos.

Yo no pongo en duda los experimentos fisiológicos sobre los que se basa el Sr. Royet para asegurar que el laberinto juega—por ejemplo—un papel manifiesto sobre la regulación del tono muscular, haciéndolo bajar, disminuyéndolo. Es cierto que la sección del octavo par, sin lesión de ningún otro órgano motor, rebaja el tono muscular de los animales en experiencia. Es también positivo que la dificultad de aireación de la caja da lugar á las sensaciones de plenitud, de pesadez de cabeza, y que las lesiones inflamatorias de la naso-faringe determinan cefaleas persistentes. Verdad asimismo que

algunos procesos de la naso-faringe—de orden tumoral principalmente—pueden ocasionar ó, por lo menos, ser concomitantes de accesos asmáticos y de estados angustiosos. Pero con todo esto, y aun con mucho más que esto, ¿se tiene ya explicado satisfactoriamente ese proteo sintomático conocido con el nombre de neurastenia? Seguramente no.

Dice el Sr. Royet que el oído y sus órganos vecinos deben ser estudiados con un cuidado meticuloso en todo enfermo de vértigo, y tratar de buscar muy especialmente las lesiones rino-faríngeas que ocasionan las enfermedades de la caja y que las preceden, por consecuencia; sobre todo, residuos inflamatorios en las regiones vecinas de las trompas de Eustaquio. El oído y sus órganos vecinos—añado yo por mi parte—deben ser reconocidos cuidadosamente en todo enfermo de vértigo y en otros muchísimos enfermos que no acusan tal síntoma. Ya lo creo. ¿Qué médico puede darse por satisfecho en el examen completo de un enfermo sin haber explorado al mismo tiempo que su hábito exterior, piel, temperatura, pulso, pecho y vientre, orina, etc., sus cavidades mucosas accesibles? Sólo así se puede llegar al diagnóstico total del total enfermo. Al médico general no se le puede exigir conocimientos y práctica manual perfectos—ó todo lo más perfectos posible—en el diagnóstico y tratamiento de todos las afectos internos; pero sí debe esforzarse en conocer los medios de investigación, de exploración clínica, indispensables para llegar al diagnóstico, sin sèr por esto un especialista.

Así, pues, el examen del oído, de la faringe, del espacio naso-faríngeo, de las fosas nasales, no solamente debe hacerse en todo enfermo vertiginoso, sino en todos los demás cuyo diagnóstico no se presente claro y fácil desde el primer momento. (En este asunto del diagnóstico médico me parece que, en general, andamos bastante mal muchos médicos aferrados á la idea de especializarnos desde el primer momento, sin estar educados científicamente con antelación por deficiencias en la enseñanza. De mí sé decir que obtuve el título de licenciado en Medicina sin haber visto una laringe, ni una retina, ni siquiera una membrana timpánica.) Ahora bien: deducir de la existencia de lesiones óticas y rino-faringianas todo un tratamiento como consecuencia de la teoría de que tales afecciones, y no otras, son el origen y determinante causa de los estados neurasténicos, lo creo aventurado.

En primer lugar, no todos los vértigos son óticos, ni mucho menos. Los trastornos en los aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo; las intoxicaciones por el tabaco y el alcohol; el uso de ciertos medicamentos, las lesiones de la aorta, la arterio-esclerosis, los tumores cerebrales y otras afecciones producen, como es sabido, alteraciones en el equilibrio, sin necesidad de que el órgano auditivo

tenga la menor lesión. ¿Qué hacemos, pues, con la flamante y sugestiva teoría citada ante estos numerosos casos en que el oído aparece sano y los vértigos se alivian ó curan tratando la dispepsia, disminuyendo la hipertensión arterial, prohibiendo el uso del tabaco, etc.?

En segundo lugar, ¿qué duda cabe de que pueden existir y existen óticos que no son neurasténicos, y neurasténicos que no son óticos ni naso-faringianos? Yo ya sé que si se toma por sistema explorar nariz y espacio retronasal en todo enfermo, así tenga una pulmonía, rara vez dejará de encontrarse algo anómalo en estas cavidades. Sin ser especialista, puedo asegurar que, teniendo costumbre de examinar dichos órganos en muchos de mis enfermos, he podido convencerme de lo frecuentísimas que son las lesiones de mucosa en las fosas nasales y espacio naso-faríngeo. ¿Qué mucosa naso-faríngea no está infiltrada, hiperémica unas veces, seca ó atrófica otras, granulosa las más? ¿Y qué cornetes no se hallan ingurgitados, edematosos, tumefactos en numerosas ocasiones, hasta con pequeñas excrecencias poliposas que no provocan síntoma subjetivo alguno? Seguramente que un especialista meticuloso, de cien casos, encontrará en más de la mitad motivos suficientes para intervenir, aun tratándose de individuos completamente sanos, sin molestia alguna.

¿Pero es que bastan estas pequeñas cosas nada menos que para fundamentar una teoría patogénica de la neurastenia y para asegurar que el mayor número de vértigos (¿por qué no todos?) son tributarios de un tratamiento naso-faríngeo, á cuyo tratamiento también obedecen los demás síntomas nerviosos de astenia, fatiga, desórdenes sensitivos ó sensoriales, etc.? Lo que sucede es que hay vértigos neurasténicos puros y neurastenias injertas sobre un vértigo del oído. Que las enfermedades del oído son capaces, cuando se desarrollan en terreno predispuesto, á provocar estados neurasténicos graves, es evidente. He conocido yo á un sujeto que, por un zumbido de oídos, contrajo una astenia, que se transformó en melancolía, y el enfermo acabó por pegarse un tiro. Mas hacer depender toda la gran enfermedad astenia de una esclerosis timpánica ó de una rinitis hipertrófica es el colmo de las modernas tendencias localicistas, anatómicas, con lesión visible y palpable. Porque aun suponiendo que todo esto fuera cierto; aun demostrándose que todos los síntomas de la *neurastenia confirmada* (es decir, de esa que sienten los enfermos, que les obliga á llamar al médico, con perturbaciones viscerales) fueran dependientes de padecimientos del oído medio ó interno ó de sus cavidades inmediatas, jamás llegarían estas lesiones groseras á dar cabal cuenta de las perturbaciones en el mecanismo de la actividad normal de la mente, que son las que constituyen el

primer grado de la neurastenia; ese primer grado, constituído ó representado por los *indolentes*, los *irresolutos*, los *utopistas*, los *originales*, los *excéntricos*, los *aprehensivos*, los *raros*, los *chiflados*, los *decaídos*, en fin, en sus funciones nerviosas, y musculares principalmente. Estos enfermos, realmente *enfermos*, no obtienen, en general, más que la indiferencia más completa por parte de los médicos y el ridículo ó el epigrama festivo por parte de la sociedad. Nada les duele, nada les molesta ni se creen enfermos, y sin embargo deben ser tan estudiados y tan atendidos como el que padezca una blenorragia; y con tanta más razón, cuanto que no siempre esta modalidad clínica queda única y persistente, sino vase agravando sucesivamente hasta llegar á las obsesiones más angustiosas, á los impulsos más peligrosos, á la locura y á la muerte.

La neurastenia, esa enfermedad de moda para algunos, la misma que un notable médico norteamericano describía como un nuevo padecimiento, sin duda porque no sabía que fué conocida por Hipócrates, Galeno, Sydenham, Sthal, Roberto Witt, Monneret, etc., etc., es indudablemente el padecimiento que más pone á prueba los conocimientos de un médico, que más le atarea en la práctica y que más dificultades le ofrece para su tratamiento, quizá porque no tenemos datos seguros sobre su etiología y patogenia.

Para mí la astenia es enfermedad que debe desaparecer del grupo de las llamadas neurosis y entrar de lleno en el estudio de las *psicosis*, en las que el síntoma dominante es la alteración morbosa de la actividad mental. Los asténicos son enfermos que empiezan contando las losas de la calle y acaban por el delirio vesánico, la locura moral y la psicosis criminal. Lo que caracteriza á los asténicos (neurasténicos de Beard) es sin duda alguna los síntomas cerebrales, no los espinales ni viscerales. Estos enfermos son agotados desde luego y perturbados en seguida; comienzan reconociendo, dándose cuenta de su estado morboso, y terminan por faltarles la conciencia del «yo», ó por lo menos les resulta falseada. No puede decirse que sean locos al principio, pero sí que son psíquicos funcionales, enfermos de los *sentimientos* que acompañan á todos los procesos mentales, perturbados de esta facultad intelectual; son, en fin, los enfermos de las ideas fijas, de las obsesiones; son monomaníacos, son paranoicos, y por consiguiente enfermos de la función mental, ligada, como se sabe, al fisiologismo de la corteza cerebral.

Lo primero que enferma en el asténico, lo que le hace consultar al médico, mejor dicho, es la dificultad, lo penoso que les resulta el ejercicio del pensamiento, la disminución de la memoria, la imposibilidad de fijar la atención por mucho tiempo; es decir, una positiva decadencia mental percibida claramente por el enfermo; y este trastorno morboso en las facultades originarias de la mente, bien se re-

fieran á la percepción sensorial, á la de retener, al raciocinio, y sobre todo á los sentimientos éticos, religiosos, estéticos ó lógicos, se continúa y aun se agrava en el curso del padecimiento, si ya espontáneamente ó por una terapéutica racional y bien dirigida no se alcanza la curación del mismo, constituyendo siempre el punto negro, la principal dificultad del tratamiento, pero también el más esencial en la cura de los asténicos, la vuelta al estado normal de sus perturbadas facultades volitivas.

Esta lesión de la voluntad y la emotividad, cada vez más exagerada, ocasiona más tarde las llamadas obsesiones ó ideas fijas, el considerable grupo de las *fobias* (con sus interminables latinajos y helenismos) y las impulsiones irresistibles, pasando por los estados hipocondríacos y aun los melancólicos á la manía y al último grado de la degeneración mental.

Al trastorno mental primario y dominante en los asténicos se agregan perturbaciones que no perdonan órgano ni aparato alguno, anormalizando la función nutritiva de los tejidos y alterándolos por el orden de su jerarquía anatomo-fisiológica. Así se presentan las cefaleas, la sensación de *casco* en la cabeza, diversidad de neuralgias, dolores reumatoídeos, vértigos (subjetivos casi siempre), manifestaciones irritativas por parte de los órganos de los sentidos, excitabilidad vaso-motriz anormal, insomnio por lo que se refiere al sistema nervioso; intermitencias, arritmias, palpitaciones, braquicardias y taquicardias, en cuanto al sistema circulatorio; ataques de asma, opresión, ahogo, tos espasmódica, disnea, como trastornos respiratorios; dispepsias *nerviosas*, meteorismo, estreñimiento, peso epigástrico, diarreas glerosas, por lo que concierne al aparato digestivo; estados irritativos del aparato genital, espermatorrea, impotencia, perturbaciones de la eyaculación, obsérvanse en la llamada neurastenia sexual; gran fatiga muscular, cansancio al menor ejercicio, debilidad general, en la esfera del aparato locomotor.

¿Y cómo no han de tener los asténicos perturbaciones vasomotoras, cardíacas y respiratorias, digestivas y sexuales, si todos los centros de inervación que presiden estas funciones están bajo la influencia psíquica, es decir, cortical? De la inervación asinérgica y de los trastornos vasomotores de la circulación cerebral, surgen, por razones anatomo-fisiológicas bien sencillas, dados los lazos de unión con que cuentan en el cerebro, estos diferentes centros y el pneumogástrico, las cefaleas y los vértigos, las arritmias y las taquicardias, la tos espasmódica y la opresión respiratoria, la dispepsia gastrointestinal y la impotencia.

El mismo tratamiento de la astenia, ¿no es un tratamiento psíquico por excelencia? Porque hasta que repetidos hechos lleguen á demostrar que el raspado de unas vegetaciones ó la extirpación de

un huesecillo del oído curan á los asténicos, por ahora lo que mejores resultados ha dado ha sido el aislamiento, la *cebadura,* la electricidad, la sugestión vigil é hipnótica y los preparados de fósforo y opoterápicos.

Pero tengo que decir que los esfuerzos del médico deben dirigirse—cuando sea posible—á implantar una terapéutica racional en los estados iniciales del mal, que es cuando en todo caso la enfermedad es más curable. La astenia confirmada, con sus cefaleas é hipocondrías, sus palpitaciones y ruidos patológicos, ponen á prueba toda la sagacidad é inteligencia del clínico, sin conseguir muchas veces todo el éxito que sus desvelos merecen. En cambio, en los primeros fenómenos patológicos que ofrece esta enfermedad, puede la Medicina, caminando del brazo de la Psicología, obtener triunfos que verdaderamente satisfagan la conciencia del práctico. Esos jóvenes viciosos, desaplicados y holgazanes, en uno y otro sexo, constantemente vacilantes, emprendiendo veinte carreras sin acabar ninguna; esos *juerguistas*, derrochadores, que se dejan todo su dinero sobre un tapete ó en el camarín de una prostituta; esos faltos de carácter, ruborosos, taciturnos, solitarios, apocados, que no se *atreven* á nada; esos *jueves* en todas partes, en el teatro, en el círculo, en el paseo, constantemente hablando de todo, de frases rebuscadas y aprendidas de memoria, sin oficio ni beneficio, perfectamente inútiles para la sociedad; esos de la última moda, esclavos de sus tiranías, con el ala del sombrero levantada por la parte anterior, aun cuando haga un sol canicular; con el pantalón bien arremangado, aunque no haya barro; con cuellos de camisa disparatadamente altos, que entorpecen los movimientos; con el reloj colocado en el sitio más á propósito para que el ratero ejerza con más comodidad su oficio; con monóculo, así posean la visión más perfecta... todos esos, y algunos más, constituyen la inmensa falange de asténicos del primer grado. No es que sean predispuestos, no; son ya enfermos de la mente, que pueden permanecer por largo tiempo, á veces toda la vida, en este primer período, pero que también pueden pasar á grados más avanzados de la enfermedad si se añade cualquier otro factor debilitante de la clase que quiera.

Claro es que la verdadera terapéutica profiláctica de estos estados consiste en una sana y bien dirigida educación, en el más amplio sentido de la palabra; y cuando no, es preciso que el médico, valiéndose del libro, del periódico, de la cátedra, de la conferencia, ejerciendo sus funciones de consejero y director de cuerpo y alma en las familias, persista en su hermosa labor de inculcar en todos los espíritus los sabios preceptos de esa religión que se llama Higiene, religión que tiene sobre otras la ventaja de que salda sus cuentas en vida y enseña que el trabajo es el fin del hombre y la razón de su

existencia, pues, como ha dicho Montaigne, «el que no trabaja es un ladrón». Nada hay como el trabajo, equilibradamente dirigido y en armonía con las facultades intelectuales de cada individuo, para refrenar la excesiva emotividad patológica de los asténicos y que mejor y más saludable influencia ejerza sobre la voluntad decaída de los mismos. Es preciso *querer*, y querer con ansia, intensamente, porque cuando así no sucede, aparece la duda, la vacilación, la desconfianza en las propias fuerzas, la *abulia* asténica, y con ella la falta de atención, base del pensamiento y fundamento del *juicio*. Enseñar á *querer*, educar la voluntad, constituyen, pues, la mejor medicina que necesita el asténico inicial. Perturbadas las percepciones sensoriales, ó las células ganglionares, medulares y cerebrales, ó las conexiones entre estas células, ó todo esto al mismo tiempo, el resultado siempre es el mismo: anormalidades en la asociación de ideas, juicios falsos y sentimientos extremados afectivos, morales ó intelectuales.

De buen grado añadiría dos palabras más acerca de lo que mejores resultados me ha dado en la terapéutica de la astenia plenamente constituída; pero me dicen de la Redacción que sobra original y falta espacio, y he de terminar anotando solamente que el tratamiento de los neurasténicos es esencialmente psicoterápico, no farmacológico.

---

## LA SEMEYÓTICA PUPILAR EN NEUROPATOLOGÍA

Por el Dr. E. Fernández Sanz

Médico numerario del Hospital de la Princesa, por oposición; Médico numerario de la Beneficencia municipal, por oposición; Médico director habilitado de Aguas minerales, por oposición.

(CONTINUACIÓN)

El signo de Argyll-Robertson, que es el síntoma á que me refiero, se encuentra en la sífilis de los centros nerviosos con muchísima menos frecuencia que en la tabes y en la parálisis general, pero no deja de observarse en algunos casos con caracteres absolutamente típicos, y en condiciones tales que escapan á las objeciones que á estos casos se han dirigido; esas condiciones son las siguientes: 1.ª, que á la rigidez pupilar luminosa acompañe una reacción normal á la convergencia, pues por poco que ésta se encuentre alterada ya no se tratará de una rigidez luminosa aislada, sino de una rigidez refleja total incompleta ó relativa; 2.ª, que la observación sea lo suficientemente larga para adquirir la convicción de que no se trata de una oftalmoplegia interna progresiva ó regresiva, en la cual,

como es sabido, la rigidez luminosa suele ser el primer fenómeno que aparece y el último que desaparece; en estos casos el signo de Argyll-Robertson no es más que el anuncio ó la reliquia de una parálisis irídea total; 3.ª, que se siga la evolución del caso por mucho tiempo para convencerse de que el signo de Argyll-Robertson no es el precursor de una parálisis general ó de una tabes dorsal que puede tardar varios años en hacerse evidente.

Los casos más curiosos son aquellos en que con el antecedente de infección sifilítica el signo de Argyll-Robertson se presenta como fenómeno aislado, sin ningún otro síntoma nervioso, en individuos aparentemente sanos ó con lesiones en órganos diversos, alejados del sistema nervioso central; por ejemplo: una úlcera esofágica en un enfermo de Cassirer (citado por Bumke, op. cit.); á este propósito, ha explicado Babinski (*Gazette des Hôpitaux,* LXXIV, 1901) la posible coincidencia del signo de Argyll-Robertson y de los aneurismas de la aorta por su común origen sifilítico. Los exámenes citológicos del líquido céfalo-raquídeo realizados por Babinski y Nageotte (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, de París, 1901; citado por Bumke, op. cit.) han probado la exactitud de esta opinión, demostrando, en los casos de signo de Argyll-Robertson solitario, la existencia de una linfocitosis céfalo-raquídea reveladora de una meningitis sifilítica larvada.

En suma: de todas estas consideraciones se desprende que el signo de Argyll-Robertson, solo ó asociado á otros síntomas nerviosos, debe considerarse como un estigma de impregnación sifilítica del sistema nervioso central algunas veces, ó de metasífilis del mismo, que se traducirá en parálisis general ó en tabes dorsal en la inmensa mayoría de los casos, pero siempre es indicio de lesión orgánica, directa ó indirectamente relacionada con la sífilis.

Más frecuente que el signo de Argyll-Robertson es en la sífilis cerebral la oftalmoplegia interna, ya parcial, interesando sólo al esfínter irídeo, ya total, de movimientos pupilares y de acomodación, ya asociada á diversas parálisis de los músculos oculares extrínsecos. En el diagnóstico diferencial, á veces difícil, de la parálisis general y ciertas formas de la sífilis cerebral, la existencia del signo de Argyll-Robertson será indicio probable de la primera, y la de la oftalmoplegia interna, de la segunda.

Por último, como síntomas pupilares poco importantes para el diagnóstico de la sífilis cerebral, deben citarse: la miosis espástica, por lesión cortical destructiva, é hipertonia del esfínter del iris, por falta de las influencias inhibidoras, la desigualdad de las pupilas y la irregularidad de sus bordes.

Bajo el nombre de *arterioesclerosis cerebral* desígnase un conjunto de procesos patológicos heterogéneos, en los que predominan

las alteraciones vasculares, acompañadas de lesiones degenerativas y de reacción intersticial en la sustancia cerebral: el aspecto anatómico varía mucho, observándose pequeños focos de hemorragia y de reblandecimiento muy diminutos y diseminados en general, pero que á veces adquieren tamaño considerable, formando la transición á las lesiones focales propiamente dichas. Correspondiendo á esta multiplicidad de formas anatómicas, los tipos clínicos son también muy variados, dominando los síntomas vagos sin localización posible, trastornos mentales mal definidos, paresias transitorias, perturbaciones de la coordinación motora, parestesias y dolores fugaces, todo ello desdibujado é inconexo; á veces sobre este fondo borroso aparece un síndrome netamente sistematizado, revelador de la producción de una lesión voluminosa y circunscrita. Los síntomas pupilares son escasos y poco característicos; el más constante es la miosis con pereza de los movimientos del iris, explicable por la extensa y difusa desintegración de la corteza, que da lugar á la hipertonia del esfínter del iris, como da lugar á la exaltación de los reflejos rotulianos por la más libre acción de los mecanismos motores automáticos inferiores, emancipados del freno inhibidor cortical. Si se produce una lesión grande en foco y éste interesa al arco reflejo pupilar, los síntomas serán los de la ceguera refleja ó los de la oftalmoplegia interna, según sea el miembro centrípeto ó el centrífugo el afectado.

Para terminar todo lo relativo á los órganos intracraneales, réstame discutir el valor de los signos pupilares en el diagnóstico topográfico de las lesiones de los pedúnculos cerebrales, de la protuberancia anular, del cerebelo y del bulbo.

Como el pedúnculo cerebral contiene el núcleo y las raíces del óculo-motor, asiento el más frecuente de la oftalmoplegia interna pura, es ésta la ocasión de exponer los síntomas pupilares de las oftalmoplegias. Descartando las orbitarias por tener sólo remota relación con el contenido de este trabajo dedicado á los síntomas pupilares en las enfermedades del sistema nervioso exclusivamente, y las supranucleares, porque no dan lugar á alteraciones de la pupila, á no ser que se considere como lesión supranuclear la hipotética destrucción de las fibras de Meynert, á la que se considera como productora del signo de Argyll-Robertson, sólo he de ocuparme de las oftalmoplegias basilares, de las radiculares y de las nucleares.

En las parálisis oculares por lesión basilar, el trastorno motor no se limita á los músculos intrínsecos del ojo, sino que interesa también á los extrínsecos inervados por el óculo-motor, y frecuentemente además á los animados por el abductor y el troclear; por consiguiente, la oftalmoplegia interna no será pura, sino asociada á

la extrínseca, más ó menos completa; la vecindad inmediata de otros nervios, del trigémino especialmente, explica que en ocasiones el cuadro sintomático sea aún más complejo. La oftalmoplegia interna es total, del esfínter del iris y del acomodador, si bien hay casos, y á ellos he hecho ya referencia anteriormente, en los que en ciertos períodos de la evolución, al comienzo ó al final de la misma, la parálisis interesa sólo al esfínter, ó más especialmente al reflejo luminoso. El carácter total de la oftalmoplegia interna por lesión basilar y su asociación con la externa se comprende muy bien, por estar en la base del cráneo unidas en el tronco del óculo-motor las fibras que inervan á unos y otros músculos.

En las oftalmoplegias radiculares y nucleares, como estas fibras y los centros de donde proceden están separados unos de otros, es posible la producción de la oftalmoplegia pura ó aislada, y aun la parálisis independiente de uno de los músculos intrínsecos; hasta en los casos en que tienen participación en el proceso los músculos extrínsecos, son las parálisis más disociadas, más parcelarias, y la evolución más por etapas que cuando se trata de lesión basilar. Otro carácter distintivo importante es la naturaleza de los síntomas asociados, que no son ya alteraciones de los nervios de la base del cráneo, sino de las vías aferentes y eferentes que pasan por el pedúnculo cerebral (parálisis alterna, incoordinación motora, temblor, trastornos sensitivos). La parálisis de los músculos internos del ojo por lesión de sus núcleos de origen forma parte integrante de la oftalmoplegia nuclear progresiva ó polioencefalitis superior crónica; pero en ocasiones permanecen aquéllos íntegros ó solamente parésicos.

Las lesiones de la protuberancia anular y del bulbo pueden dar lugar á síntomas pupilares de modo indirecto, por aumento de la tensión intracraneal, por reacción meníngea difusa, ó por alteración del óculo-motor, ó de modo directo é intrínseco por el solo hecho de la lesión bulbar ó protuberancial, observándose una miosis con rigidez refleja más ó menos completa; y aunque estos hechos, apreciados lo mismo clínica que experimentalmente, pudieran considerarse como una confirmación de las ideas de Bach acerca de la localización del centro del reflejo luminoso, en general se interpretan como resultado de la excitación de la raíz descendente del trigémino (véase el capítulo II).

Las lesiones del cerebelo dan lugar muy frecuentemente á éxtasis sanguíneo intracraneal, con el consiguiente aumento de tensión, y á alteraciones del nervio óptico. Así se explica que en tales casos no sean raros los trastornos pupilares de patogenia diversa, consistentes unas veces en la miosis del primer período de la excitación meníngea, y otras en la midriasis de la *Reflextaubheit*, acompaña-

das siempre de reacción perezosa y en ocasiones abolida. Estos trastornos pueden ser uni ó bilaterales, acompañados alguna vez de anisocoria.

*Enfermedades de las meninges espinales.*—Dan lugar á trastornos pupilares las que interesan á la porción cervical: se observa si la lesión es irritativa, y éste es el caso más frecuente, la alteración de la pupila atribuída á la excitación del simpático, midriasis espástica, y si la lesión es destructiva (período avanzado de la evolución del proceso, meningo-mielitis), la miosis paralítica con reacción deficiente, que, según la doctrina clásica, se atribuye á la destrucción de las fibras pupilares simpáticas.

*Enfermedades de la medula.*—El primer lugar entre ellas, bajo el punto de vista de la semeyótica pupilar, corresponde á la tabes dorsal, en la cual la importancia diagnóstica de las alteraciones del orificio irídeo es por lo menos igual á la que ofrecen en la parálisis general; exagerando esta indiscutible importancia, se ha llegado á suponer, según he dicho en páginas anteriores, que el más interesante de los síntomas pupilares de la parálisis general era siempre debido á una tabes larvada concomitante; pero sin necesidad de aceptar estas infundadas interpretaciones, basta con las perturbaciones irídeas observadas en la tabes dorsal manifiesta, para hacer á ésta merecedora de un detenido estudio bajo el especial concepto que motiva este trabajo.

Desde hace más de medio siglo, casi desde el momento en que se individualizó la tabes dorsal como especie morbosa, se viene concediendo gran importancia á los trastornos pupilares para su diagnóstico, y esta importancia, lejos de decrecer, ha ido en progresivo aumento á medida que el análisis cada vez más minucioso de los hechos ha demostrado la excepcional valía de aquellos trastornos. Ya Romberg señaló la gran frecuencia con que se observa en los tabéticos el estrechamiento muy acentuado de la pupila, atribuyéndolo á una perturbación de la inervación simpática, opinión precisada y concretada después por otros autores en la hipótesis clásica que supone á la miosis tabética producida por la lesión del centro cilio-espinal de la medula cervical (véase Bumke, op. cit); pero el más importante progreso en el conocimiento de la pupila tabética fué el realizado por Argyll-Robertson en 1869 al descubrir la abolición de la reacción luminosa del iris, con persistencia de la reacción de convergencia y acomodación.

El signo de Argyll-Robertson es no sólo el más típico de todos los trastornos pupilares de la tabes, sino también uno de sus más valiosos síntomas bajo el punto de vista del diagnóstico diferencial, más importante aún que el signo de Westphal. Se presenta en 75 por 100 de los casos (Ferrier, *Lancet*, núm. 4.311, 1906), con

caracteres más típicos y puros que en la parálisis general. Su patogenia en la tabes dorsal es muy discutida: se ha explicado por una contractura del esfínter consecutiva á la parálisis del dilatador por lesión de las fibras simpáticas de la medula cervical, ó por una alteración de las fibras de Meynert, ó modernamente, según Bach, por la de los centros del reflejo luminoso situados en el bulbo y medula cervical (véase el capítulo anterior), pareciendo confirmar esta última hipótesis la frecuencia de las lesiones de los cordones posteriores en ese territorio en los casos de tabes. Pero aunque se ignore la causa del fenómeno, es innegable su íntima conexión con el proceso tabético, empíricamente demostrada hasta la evidencia. La constancia de esta conexión ha sido exagerada por algunos autores que afirman que el signo de Argyll-Robertson se encuentra única y exclusivamente en la tabes dorsal, debiendo considerarse como afecto de tabes manifiesta ó latente todo enfermo que presente dicho signo; así, Jocqs (*Archives de Neurologie*, Septiembre 1905), dice que la sífilis por sí sola no da lugar á ese signo, y que si se observa frecuentemente en los sifilíticos es porque muchos de éstos se hacen tabéticos; el mismo autor afirma que en la parálisis general el signo de Argyll-Robertson no se presenta nunca con la pureza que en la tabes. Dufour (*Societé Médicale des Hôpitaux,* 4 Febrero 1904), confirmando las ideas de Babinski y Vaquez acerca de la producción de este signo en la insuficiencia aórtica por una tabes oculta concomitante, expuso un caso de insuficiencia aórtica y esclerosis renal, en el que se observó desigualdad pupilar con rigidez luminosa unilateral y signo de Westphal, encontrándose en la autopsia las lesiones características de la tabes incipiente; de este caso y de otros análogos deducía Dufour la consecuencia de que la tabes es una enfermedad más general y menos grave de lo que se cree, siendo frecuentes las formas frustradas. Según esta opinión, la más radical en la materia, el signo de Argyll-Robertson tendría un valor diagnóstico muy preciso y unívoco, no siendo ya estigma de sífilis ó metasífilis del sistema nervioso central, sino únicamente de tabes dorsal.

Además del signo de Argyll-Robertson y de la ya mencionada miosis, se observan en la tabes dorsal otros trastornos pupilares; tales son: la desigualdad de las pupilas con irregularidad de su contorno; la abolición del reflejo psico-sensitivo; la midriasis por la atrofia del nervio óptico, acompañada en los casos avanzados de inmovilidad por ceguera refleja. El llamado fenómeno de Galassi-Westphal-Piltz se observa en los tabéticos con mucha claridad, explicable por la coincidencia de la rigidez luminosa, que permite apreciar aislados los movimientos irídeos sinérgicos con los del orbicular palpebral. La oftalmoplegia interna es muy rara en la ta-

bes, encontrándose sólo en el 5 por 100 de los casos, según Uhthoff (Bumke, op. cit.).

Las restantes mielopatías ofrecen síntomas pupilares escasos y poco importantes. En la mielitis cervical suele observarse miosis con pereza de reacción, acaso por lesión del centro cilio-espinal, ó por alteración de los centros del reflejo luminoso de Bach, ó bien, si la lesión radica muy alto, por la posible excitación de la raíz descendente del trigémino. Sea cual fuere la explicación patogénica, los trastornos pupilares no proporcionan ningún dato de importancia ni para el diagnóstico de naturaleza ni para el topográfico de las mielitis.

Según Kerfoot Shute (loc. cit.), en algunos casos de parálisis ascendente aguda de Landry se ha observado midriasis y abolición del reflejo luminoso. El autor no intenta explicar estos síntomas de interés escaso; la midriasis pudiera suponerse producida por una lesión irritativa de las fibras simpáticas pupilares; en cuanto á la abolición del reflejo luminoso, debe reservarse todo juicio en tanto no se posean observaciones más completas.

La siringomielia no da lugar á síntomas pupilares sino cuando asienta en la medula cervical; en estos casos el trastorno más frecuente y más característico es la miosis (15 por 100, Bumke) de origen simpático-paralítico, acompañada algunas veces de los otros fenómenos: disminución de la abertura palpebral y retracción del globo ocular, que constituyen el llamado síndrome óculo-simpático, peculiar de las lesiones de la medula cervical de la primera rama comunicante dorsal y del simpático del cuello. En la siringomielia es excepcional el signo de Argyll-Robertson, y cuando se observe con caracteres que no dejen lugar á dudas, debe pensarse en una tabes dorsal asociada; por consiguiente, el valor de este signo en el diagnóstico de la siringomielia es puramente negativo.

La esclerosis en placas, la más rica en formas sintomáticas diversas de todas las neuropatías orgánicas, ofrece trastornos pupilares muy variados; los más típicos parecen ser la miosis con conservación del reflejo luminoso (Parinaud, *Societé de Biologie*, Julio 1882, cit. por Bumke), y el *hippus*, que frecuentemente se asocia con el nistagmus. Además se observan la pereza de la reacción luminosa, la abolición de la reacción de acomodación-convergencia con persistencia del reflejo luminoso (signo de Argyll-Robertson invertido), la excesiva viveza de las reacciones pupilares, la oftalmoplegia interna (á veces inversamente, espasmo de los músculos oculares intrínsecos), la midriasis con ceguera refleja más ó menos pronunciada, por lesión del nervio óptico, y la anisocoria; ésta última se encuentra con bastante frecuencia, en el 24 por 100 de los casos observados por Ed. Müller (*Die multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarks*. Jena, 1904).

Un importante carácter distintivo entre la tabes dorsal y la ataxia familiar de Friedreich es la ausencia en ésta de síntomas oculares fuera del nistagmus; sin embargo, el signo de Argyll-Robertson ha sido observado en un caso publicado por Cestan y Dupuy-Dutemps (cit. por Bumke, op. cit.).

*Enfermedades del sistema nervioso periférico.*—En relación con la semeyótica pupilar sólo tienen interés las que afectan á los nervios motores del ojo, al plexo braquial y al simpático cervical. De los primeros me he ocupado incidentalmente al tratar de las lesiones del pedúnculo cerebral, justificando la exclusión de las oftalmoplegias orbitarias, por ser del dominio de la Oftalmología más bien que del de la Neurología. Sin embargo, como rasgo distintivo para su diagnóstico diferencial con las otras variedades de oftalmoplegias, diré: que son en general disociadas, interesando individualmente á los filetes nerviosos; que las lesiones de los nervios ciliares pueden dar lugar á una oftalmoplegia interna, y que, según Dupuy-Dutemps (loc. cit), el glaucoma subagudo produce en ocasiones una atrofia del iris con irregularidad del contorno pupilar, análogas á las de la tabes dorsal y parálisis general.

Las parálisis radiculares del plexo braquial, cuando está interesada la primera raíz dorsal se acompañan del llamado síndrome óculo-simpático, constituído por la asociación de la miosis, la estrechez de la hendidura palpebral y la enoftalmía; este síndrome, que caracteriza al tipo inferior de las parálisis radiculares braquiales descritas por Mlle. Klumpke (*Revue de Médecine*, 1885), se observa también en las lesiones destructivas de la medula cervical y del simpático del cuello, suponiéndose debido á la interrupción de las fibras que desde aquélla pasan por la primera raíz dorsal á éste, y luego van por el plexo cavernoso á constituir la raíz simpática del ganglio oftálmico. Esta doctrina tradicional se apoya en hechos clínicos y experimentales, pero no faltan otros que le son contrarios (véase en el capítulo I la discusión de este asunto); de suerte que el problema de la inervación simpática de la pupila no puede considerarse como enteramente dilucidado.

Entre los casos positivos puedo citar el de un individuo herido por arma de fuego en la región cervical lateral izquierda, con orificio de entrada inmediatamente por delante y debajo del vértice de la mastoides y retención de la bala delante del axis, según se vió al hacer la extracción, operado en el Hospital de la Princesa (servicio del Dr. Rueda); este enfermo presentaba el síndrome óculo-simpático clásico en el lado de la lesión, sin que me fuera posible apreciar si desapareció después de la extracción del proyectil, pues no me fué dado continuar la observación. También son positivos los cuatro casos publicados por Volhard (*Deutsche Medizinische Wochen-*

*schrift*, núm. 37, 1904): dos de parálisis traumática del plexo braquial, uno de lesión hemilateral de la medula cervical por herida punzante, y otro de siringomielia de la misma región, en todos los cuales se observaba el síndrome ocular simpático-paralítico. Inversamente, en las lesiones irritativas que interesan el trayecto de las pretendidas fibras pupilares simpáticas, se presenta el síndrome ocular simpático-tónico, que es inverso del anterior y se parece á los síntomas oculares de la enfermedad de Basedow: exoftalmía, dilatación de la abertura palpebral, y midriasis con reacciones pupilares vivas.

Estos trastornos pupilares de probable origen simpático figuran en el cuadro sintomático de algunos procesos, que de modo directo ó indirecto pueden interesar al simpático cervical; tales son los traumatismos, flegmasías y neoplasias del cuello, los procesos mediastínicos y hasta las pleuresías con derrame (Chauffard y Laederich, *Archives générales de Médecine*, Marzo 1905; Ledroit, *Thèse de Paris*, 1906); las lesiones aórticas (Boudinski, *Thèse de Paris*, 1903); y la tuberculosis de los vértices pulmonares (Souques, *Société médicale des Hôpitaux*, 23 Mayo 1902). En la mayoría de estos casos los síntomas pupilares tienen valor diagnóstico muy escaso, sirviendo á lo sumo de auxiliares para determinar cuál es el lado afecto.

## IV

### SÍNTOMAS PUPILARES DE LAS NEUROSIS Y DE LAS PSICOSIS

En estos dos grupos de enfermedades no tienen los trastornos pupilares la importancia que en las neuropatías orgánicas: tanto es así, que al hacer el diagnóstico de una afección nerviosa, la existencia de síntomas pupilares bien marcados, bien precisos y persistentes debe hacer pensar en una dolencia de las que tienen un fundamento anatómico ya conocido.

Pero á pesar de ocupar las neuropatías llamadas funcionales y las psicopatías un lugar secundario bajo el punto de vista de la semeyología pupilar, no por eso dejan de ofrecer en este concepto algunos síntomas interesantes dignos de fijar nuestra atención, puesto que bien observados é interpretados no sólo se convierten en valiosos datos diagnósticos, sino que pueden contribuir á esclarecer la oscura fisiología patológica de los movimientos del iris.

Hasta época muy reciente no se han comenzado á estudiar de un modo verdaderamente científico los trastornos pupilares de las neurosis y de las psicosis: por eso su conocimiento ha sido hasta ahora muy imperfecto; pero en la actualidad, aplicándose á este asunto los

minuciosos y exactos métodos modernos de investigación y el riquísimo caudal de los descubrimientos anatómicos y fisiológicos, se van acumulando rápidamente hechos y doctrinas que completan felizmente la historia patológica de aquellas enfermedades.

Sobre dos puntos versan especialmente los trabajos de los investigadores: sobre el tamaño del orificio del iris y su movilidad como medio de diagnóstico diferencial entre los accesos epilépticos y los histéricos, y sobre los síntomas pupilares de la demencia precoz; ambos asuntos serán cumplidamente discutidos en el lugar oportuno, limitándome aquí á mencionarlos como ejemplo del interés que en la actualidad despierta el objeto de este postrer capítulo.

Son tanto más laudables estos trabajos, cuanto que revelan la moderna tendencia á descubrir las manifestaciones somáticas de las neurosis y de las psicosis, á objetivar estas afecciones, hasta ahora tan vagas y misteriosas, á traducirlas en hechos directamente observables, susceptibles de ser sometidos á las leyes y demostraciones del método experimental. De esta evolución unicista que borrando el dualismo antiguo trata de demostrar que entre las enfermedades orgánicas y las funcionales no hay en el fondo más diferencia que la impuesta por las limitaciones de nuestros imperfectos medios de observación, se encontrarán numerosos ejemplos en los párrafos siguientes.

***

*Enfermedad de Basedow.*—Comienzo el estudio de los trastornos pupilares en las neurosis por ésta, que, lógicamente, no debe calificarse de tal, puesto que sus síntomas y su anatomía patológica demuestran que es debida á una perturbación de la secreción tiroídea, y con arreglo á este criterio, la mayoría de los autores modernos la colocan entre las enfermedades de las glándulas de secreción interna, aunque no faltan algunos que continúan considerándola como una neurosis, entre ellos, y de los más modernos, Kraus (*in Lehrbuch der Inneren Medizin* de v. Mering, Jena, 1905). En el *XV Congreso internacional de Ciencias médicas* (Lisboa, Abril 1906) se discutió en la sección de Neurología el siguiente tema: *El bocio exoftálmico considerado como enfermedad y como síndrome*, afirmando de un modo terminante el ponente Dr. Virgilio Machado que debe incluirse entre las neurosis: de la misma opinión fué el profesor Raymond, quien la definió como una neurosis bulbo-protuberancial, con trastorno secundario de la función tiroídea. En cambio, en el *XXIII Congreso alemán de Medicina interna* (Munich, Abril 1906), al discutirse muy ampliamente la *Patología de la glándula tiroides*, casi todos los oradores, y especialmente Kocher, Osswald y Blum, defendieron la patogenia tiroídea del bocio exof-

tálmico (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, núm. 18, 1906).

Personalmente, siempre me ha parecido esta última opinión la más verosímil, y sin embargo, coloco aquí la enfermedad de Basedow á la cabeza de las neurosis, porque esta palabra tiene un valor tan relativo, tan convencional, que en manera alguna puede aspirar á ser expresión de un grupo de enfermedades homogéneas, suficientemente diferenciadas de todas las demás, y por tanto es superfluo librar batallas á propósito de las especies morbosas á que debe aplicarse. El antiguo grupo de las neurosis se va desmembrando en la actualidad, pasando algunas de las enfermedades que le integraban al de las neuropatías orgánicas, como la epilepsia y el corea; otras al de las afecciones tiroideas y paratiroideas, como el bocio exoftálmico y acaso la parálisis agitante (Berkeley: *Medical News*, 2 Diciembre 1905), y otras al de las psicosis, como el histerismo y la neurastenia. No pudiendo, pues, el nombre de neurosis significar un concepto patogénico concreto, no siendo en realidad más que una fórmula breve, representante de ciertos caracteres sintomáticos que en modo alguno prejuzgan la génesis de la enfermedad, puede muy bien aplicarse, en este sentido clínico limitado, á una enfermedad que se supone producida por la alteración material de un órgano determinado.

Así se explica en el orden nosológico que coloque entre las neurosis al bocio exoftálmico, aunque le considero como enfermedad tiroidea: esta colocación se justifica también atendiendo á la ordenada seriación de las materias, pues habiendo terminado el capítulo anterior con el estudio de los síntomas pupilares provocados por las alteraciones del simpático cervical, y atribuyéndose á éstas tan grande importancia en la sintomatología del bocio exoftálmico, es muy lógico que inaugure con éste el presente capítulo.

Los síntomas oculares son de los más interesantes de esta enfermedad, pero se refieren casi exclusivamente á la protrusión del globo del ojo y á las modificaciones de la musculatura extrínseca; de la pupila apenas si hablan los autores, como no sea para decir que nada anormal se observa en ella; así, Murray (*The Bradshaw Lecture on Exophtalmic Goitre and its Treatment*, *The Lancet*, número 4.289, 1905) se limita á consignar que las pupilas tienen generalmente el tamaño normal, y que sus reacciones no están alteradas.

Sin embargo, algo digno de especial mención ofrecen las pupilas de los basedowianos, siquiera no se observe en ellas ningún trastorno exclusivo de esta afección. En estos enfermos hay midriasis moderada habitual, y sobre todo una gran viveza y una exageración de las reacciones pupilares. Estos fenómenos no son debidos directamente al bocio exoftálmico, sino que deben más bien considerarse como expresión del neurosismo general del sujeto. Se explican por

la inestabilidad y la intensidad de los procesos psíquicos, por la emotividad, por la exaltación de la influencia cortical sobre la pupila, en suma: esta interpretación me parece más verosímil que la que supone á dichos trastornos pupilares de origen simpático, pues sabido es que el papel del simpático en la patogenia del bocio exoftálmico es cada vez más discutible.

Si el neurosismo, al que hago directamente responsable de las modificaciones pupilares citadas, está subordinado causalmente á la lesión tiroidea, ó debe considerarse sencillamente como un fenómeno concomitante, es un problema de gran trascendencia, puesto que se refiere á la tan asendereada patogenia de la enfermedad de Basedow; pero su discusión no sería oportuna en este lugar.

Por último, en esta afección pueden observarse de modo accidental y como añadido oftalmoplegias internas de diversos caracteres, explicables por su no rara asociación con la tabes, la siringomielia y algunas otras neuropatías. La presentación de tales trastornos pupilares en el bocio exoftálmico indica que hay otra enfermedad asociada, y obliga á hacer una detenida investigación del sistema nervioso para descubrirla.

*Jaqueca.*—Se enlaza esta afección con la anterior por el papel que en su patogenia se supone que desempeña el gran simpático. A pesar de tratarse de una dolencia tan vulgar, no es aún lo suficientemente conocida en su mecanismo productor, abundando las hipótesis patogénicas contradictorias; pero la más generalmente admitida es la que la supone debida á un trastorno vaso-motor cefálico de origen simpático; en este concepto se describe una variedad *simpático-paralítica* con vaso-dilatación, cara roja, hipertermia local y pupila contraída (jaqueca roja, véase Brissaud en *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, tomo X; París, 1902), y otra *simpático-tónica*, con vaso-constricción, palidez del rostro, hipotermia y dilatación pupilar (jaqueca blanca). En estos casos típicos es evidente la correlación de los síntomas pupilares y vasculares de probable origen simpático; pero otras veces se observa disociación de esos fenómenos, presentándose simultáneamente en diversos territorios, por ejemplo, en la cara y en el ojo, signos de vaso-constricción y de vaso-dilatación, como si unas fibras simpáticas estuvieran excitadas y otras paralizadas.

El concepto de jaqueca, tal como hoy se admite, es demasiado vasto, y ha de desmembrarse si se quiere concretar su significado. Cuéntanse tres formas principales, dignas de ser examinadas separadamente bajo el punto de vista de los trastornos pupilares: la jaqueca vulgar, la oftálmica y la oftalmoplégica.

En la primera las alteraciones de la pupila se reducen á las variaciones de su diámetro: dilatación en la jaqueca blanca y contrac-

ción en la roja, si bien, según he dicho antes, esta relación no es inalterable, pues pueden observarse síntomas combinados de las dos formas. Prescindiendo de estos distingos, un tanto teóricos y sobrado sutiles, puede decirse que prácticamente el síntoma pupilar dominante de la jaqueca vulgar es la miosis, debida mejor que á la parálisis del simpático á la exaltación del tono del óculo-motor por hiperexcitabilidad retiniana; es la consecuencia del aumento de la irritabilidad visual refleja, paralelo al de la irritabilidad visual consciente, que se traduce por la fotofobia.

En la llamada jaqueca oftálmica hay numerosos y salientes síntomas oculares, pero consisten sólo en alteraciones de la sensibilidad visual: escotoma brillante, ambliopía, hemianopsia, etc. En cambio en la tercera forma, en la jaqueca oftalmoplégica, denominada también *parálisis óculo-motora recidivante*, predominan los trastornos de la musculatura ocular, estando constituída por accesos, que se repiten á intervalos irregulares, de cefalalgia, vómitos y parálisis transitoria del óculo-motor; su marcha suele ser progresiva, puesto que los accesos van siendo cada vez más frecuentes, y en los intervalos va quedando una paresia creciente de los músculos interesados; por estas razones, y por haberse encontrado en algunos casos lesiones anatómicas que interesaban al núcleo ó raíces del óculo-motor (paquimeningitis, fibroma, tubérculos, etc.), sepárase esta forma de las dos anteriores, pareciendo una neuropatía orgánica más que una neurosis. Sus síntomas pupilares son también muy distintos de los de la jaqueca vulgar, debiendo considerarse como expresión de una oftalmoplegia interna por alteración del óculo-motor. La parálisis de los músculos intrínsecos es siempre incompleta y menos pronunciada que la de los extrínsecos inervados por el III par (Vissering, cit. por Leyden y Golscheider, *Die Erkrankungen der Medulla Oblongata*, 2.ª edición; Viena, 1905); en cuanto á los animados por el troclear (IV) y el abductor (VI), suelen, en general, pero no siempre, permanecer indemnes. Se observará, pues, en la pupila, durante el ataque, disminución más ó menos acentuada de todas las reacciones pupilares, y en los casos muy antiguos persistirá en los períodos intercalares la paresia del iris.

*Corea.* — En los párrafos siguientes empezaré por ocuparme del más vulgar de los coreas, del de Sydenham, haciendo al final una breve indicación del estado de las pupilas en el corea de Huntington.

En el corea de Sydenham se han observado diferentes alteraciones pupilares, siendo la más interesante de todas, por lo poco vulgar y por su estrecha relación con los trastornos motores típicos de esta enfermedad, el llamado *hippus*, la dilatación y contracción alternativas del orificio irídeo (véase Cadet de Gassicourt, *Maladies de*

*l'enfancé*, tomo II, París, 1882); estos cambios irregulares del diámetro pupilar pueden considerarse como los equivalentes en el iris de las sacudidas coreicas de los músculos estriados. Cruchet (*Revue Neurologique*, 1904) ha descrito también el *hippus* coreico provocado por las impresiones luminosas. Raymond ha observado un fenómeno diferente: la dilatación permanente de la pupila con rigidez luminosa, que desapareció al mismo tiempo que el corea (citado por Triboulet, *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, tomo X, París, 1902).

Generalmente se observa en los coreicos un estado de las pupilas análogo al que presentan en los basedowianos, y determinado por las mismas causas; hay midriasis y exageración de los movimientos del iris por exaltación de las influencias corticales sobre el tono del óculo-motor, caso particular del estado de excitabilidad en que estos enfermos se encuentran. Cómo estos trastornos son vulgares, comunes á otros muchos procesos, puede decirse que no hay más trastorno pupilar de interés en el corea de Sydenham que el *hippus*, pero se observa rara vez.

En el corea de Huntington los fenómenos pupilares son distintos, como diferentes son también las condiciones del sujeto y la naturaleza de la enfermedad. Caracterizada ésta anatómicamente por importantes lesiones corticales y meníngeas que recuerdan á las de la parálisis general, no es de extrañar que su influencia sobre la pupila haya en ocasiones originado alteraciones de ésta análogas á las existentes en la última enfermedad citada; así Etter (citado por Bumke, op. cit.) encontró en tres casos, de seis, trastornos de las reacciones pupilares: una vez había rigidez total, otra rigidez lumínica aislada unilateral (con reacción perezosa en el otro lado), y en el tercer caso encontró rigidez refleja unilateral, asociada á parálisis del recto externo. Por otra parte, como estos enfermos son adultos ó viejos, es común encontrar en ellos las alteraciones propias de la pupila senil, miosis y reacciones lentas y escasas, exagerados estos caracteres por el estado de decadencia estructural y funcional en que sus centros nerviosos se encuentran.

*Parálisis agitante.*—Los síntomas pupilares que aquí se observan son diametralmente opuestos á los de la enfermedad de Basedow y á los del corea infantil. Hay en los parkinsonianos, por regla general, miosis y dificultad en los movimientos del iris, como si el esfínter de éste participara del estado de rigidez en que se encuentran los músculos esqueléticos; esos trastornos pupilares se explican satisfactoriamente dentro de las teorías en la actualidad dominantes acerca de la patogenia de la parálisis agitante; para los que la consideran como el resultado de una senilidad anticipada y especialmente determinada en los centros nerviosos, la pupila parkinsoniana

no es más que un caso particular de la pupila senil; para los que la suponen producida por una alteración tiroídea, tiene cierto valor el contraste de sus signos pupilares con los del bocio exoftálmico, contraste acaso explicable por la perturbación, en sentido opuésto en uno y otro caso, de un mismo órgano, del cuerpo tiroides.

En la práctica tienen escasísima importancia las alteraciones pupilares en esta enfermedad, pues se reducen, según he dicho, á las de la pupila senil, y como los pacientes son casi siempre de edad avanzada, nada especial agrega el proceso morboso al estado fisiológico.

*Epilepsia.*—Tienen aquí los trastornos pupilares gran interés, y son tan variados, según las condiciones en que se presentan, que conviene hacer una división en tres grupos: 1.°, modificaciones de la pupila en el acceso epiléptico; 2.°, en los períodos intercalares; 3.°, en las psicosis epilépticas. Los más importantes son indiscutiblemente los del primer grupo.

Ya Romberg señaló la importancia que para el diagnóstico diferencial del ataque epiléptico tenía el examen de las pupilas; especialmente se han explorado éstas con dos objetos: con el de descubrir una epilepsia simulada, y con el de distinguir el acceso convulsivo epiléptico del histérico; bajo el primer concepto tienen los signos pupilares considerable valor, pues no se pueden imitar voluntariamente; bajo el segundo, su precisión es menor y su alcance mucho más discutible. En el acceso epiléptico clásico, en el mal mayor, están las pupilas dilatadas é inmóviles. Esta rigidez es fácil de probar para el reflejo luminoso y para el sensitivo, pero no para la reacción de acomodación-convergencia, puesto que el enfermo, inconsciente, no puede hacer ninguno de estos dos movimientos. Sin embargo, se admite que la rigidez es total para todos los movimientos de iris, pues prácticamente lo que se observa es la inalterabilidad del orificio pupilar. Parece como si la intensísima excitación cortical que determina el acceso epiléptico produjera una inhibición total del tono del óculo-motor, y dilatándose en consecuencia al máximo el esfínter irídeo, quedara incapaz de reaccionar á todo estímulo.

Se ha estudiado minuciosamente la conducta de la pupila en las diversas fases del ataque epiléptico. En el período preconvulsivo, durante el aura, ha observado Siemens una contracción de la pupila, habiendo confirmado Fürstner experimentalmente este hecho, pues en los accesos epilépticos provocados en animales apreció un estrechamiento pupilar inmediatamente antes de la explosión de las convulsiones (Bumke, op. cit.). Durante el período tónico existen la dilatación y la rigidez pupilares con caracteres absolutamente típicos; en cambio, en el período clónico suelen observarse bruscos y extensos cambios de diámetro de la pupila, que se suceden irregu-

larmente, mostrando que el esfínter del iris toma parte en las violentas sacudidas que agitan todo el cuerpo del paciente. Como secuela del acceso convulsivo pueden observarse diversas perturbaciones pupilares, que unas veces consisten en residuos de las existentes durante aquél, y otras son exageración de las que se encuentran en el período intercalar; entre las primeras, merecen citarse la midriasis y la pereza de las reacciones; y entre las segundas, inversamente, la excesiva viveza de las mismas.

No solamente en el mal mayor se observan los trastornos de la pupila que acabo de describir, sino también en todos los estados similares y equivalentes: vértigos, ausencias, coma, etc.; lo que prueba que no es el trastorno muscular, sino la excitación cortical, sean cuales fueren sus consecuencias, la que determina las modificaciones pupilares.

En los intervalos de los ataques no están siempre normales las pupilas, siquiera sus perturbaciones sean más raras, más difícilmente apreciables y de menos valor diagnóstico que las que acompañan al ataque.

De las minuciosas observaciones de A. Fuchs (*Jharbuch für Psychiatrie und Neurologie*, 1904) y de Bumke (op. cit.) se deduce que la pupila de los epilépticos reacciona por la luz y por la electricidad galvánica más vivamente que la de los individuos normales, siendo el movimiento producido no sólo más extenso, sino también más rápido.

Por último, en las psicosis epilépticas, y en especial en los estados crepusculares (delirio, estupor, fugas), se observa generalmente midriasis, disminución del reflejo sensitivo y del luminico y de la excitabilidad eléctrica refleja (Bumke); estos caracteres son análogos á los que ofrece la pupila durante el acceso convulsivo.

*Histerismo.*—En esta afección tienen los trastornos pupilares una significación más bien negativa, pues aunque las minuciosas investigaciones últimamente llevadas á cabo han demostrado que en algunos casos de histerismo la pupila no se encuentra en estado normal, en general puede decirse que la antigua afirmación, aún mantenida íntegramente por algunos autores, de que en las manifestaciones histéricas puras no hay alteraciones de la pupila, conserva un gran valor diagnóstico.

Siguiendo el mismo orden de exposición que al tratar de la epilepsia, estudiaré sucesivamente el estado de la pupila en los accesos histéricos, en los períodos intercalares y en los estados psicopáticos histéricos.

Como las dimensiones de este trabajo me impiden extenderme en largas consideraciones, me limitaré á enumerar los hechos más importantes, recomendando á los que deseen adquirir un conoci-

miento más detallado de esta materia la lectura de las monografías de Hoche (*Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie*, Berlín, 1902) y de Biswanger (*Die Hysterie*, Viena, 1904).

Según he indicado anteriormente, se ha atribuído gran importancia al estado de la pupila en el diagnóstico diferencial entre los accesos convulsivos epilépticos y los históricos, afirmándose que en el primer caso había midriasis y rigidez pupilar, y normalidad en el segundo. Los autores que acabo de citar admiten que el examen de las pupilas es casi siempre decisivo en este caso, mientras que Karplus (*Uber Pupillenstsarre im hysterischen Anfallen*, *Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie*, 1898, cit, por Bumke, op. cit.) supone que la rigidez pupilar es un fenómeno frecuente en el acceso histérico; y aunque esta opinión no sea en absoluto admisible, pues no es cierta la frecuencia de dicho trastorno, no puede negarse que se conocen varios casos de ataque histérico, entre otros los citados por el mismo Karplus y por Westphal (*Uber Pupillenerscheinungen bei Hysterie*, *Berliner Klinische Wocherschnift*, 1897), en los que, descontado todo error posible de diagnóstico y de exploración, se observó rigidez pupilar. Esta rigidez las escasas veces que se ha observado ha sido siempre absoluta, es decir, que interesaba simultáneamente á la reacción lumínica y á la de convergencia; la rigidez lumínica aislada, el signo de Argyll-Robertson no se ha encontrado nunca en el histerismo puro.

La rigidez pupilar histérica, según Wilbrand y Sänger (cit. por Biswanger, op. cit.) no es completa, sino que empleando la lente de Westien se puede observar una pequeñísima reacción á la excitación luminosa.

A la vez que la rigidez pupilar ó aisladamente, se han descrito también en los accesos histéricos alteraciones del diámetro pupilar, midriasis y miosis: la primera puede explicarse por la violenta excitación cortical que al acceso convulsivo acompaña, y que da lugar á la dilatación pupilar del mismo modo que las emociones intensas, los estados pasionales muy vivos, etc. En cuanto á la miosis, debe considerarse como producida por una contractura del esfínter del iris, análoga á la de los músculos voluntarios: su presentación es mucho más probable en los llamados accesos de espasmos, que interesan no sólo á la musculatura de fibra estriada, sino también á la de fibra lisa. Esta miosis espasmódica suele acompañarse de contractura de la acomodación y de la convergencia. También se han observado en el acceso histérico diferencias de diámetro de ambas pupilas é *hippus*.

En los períodos intercalares, son los trastornos pupilares aún más raros que en los accesos convulsivos; pero se han observado en algunos casos, y realmente no había ninguna razón fundamental

para que así no ocurriera, pues, como dice muy acertadamente Bumke, no existe ningún fenómeno de los que acompañan al acceso histérico que no pueda encontrarse aisladamente en los períodos de calma con el carácter de estigma ó accidente permanente. En la mayoría de los casos, esos trastornos pupilares de la fase interparoxística no son más que reliquias persistentes de una crisis, ó bien, cuando son transitorios, pueden considerarse como expresión de un acceso frustrado: en uno y otro caso consisten principalmente en pereza de las reacciones de la pupila y en alteraciones de su diámetro. Pero aparte de estos hechos, que están tan íntimamente relacionados con los fenómenos convulsivos, se ha pretendido encontrar en la pupila de los histéricos perturbaciones independientes de aquéllos: en tal concepto, afirma Bach (cit. por Bumke, op. cit.), que en estos sujetos la pupila es más ancha y la reacción luminosa más viva que en los individuos normales. Biswanger (op. cit.) añade que la *Pupillenunruhe* es más acentuada que en estado fisiológico.

Según Holden *(Medical News,* núm. 1.646, 1904), en algunos casos de ceguera histérica la pupila estaba dilatada y rígida.

En las psicosis histéricas, y especialmente en los estados crepusculares, se observan las mismas alteraciones de la pupila que en las crisis convulsivas y en los intervalos de las mismas, acaso más acentuadas que en este último caso. La sugestión, obligando á pensar en objetos próximos ó remotos, claros ú obscuros, puede dar lugar á movimientos del iris. (Feré, Piltz, cit. por Bumke, op. cit.).

En resumen, los trastornos pupilares son muy raros en el histerismo; tanto, que algunos autores niegan su existencia (Dutil y Laubry, *art. Hystérie in Traité de Médecine de Bouchard y Brissaud*, t. X, París, 1905), y por eso, siempre que se observen en un enfermo calificado de histérico, habrá que investigar minuciosamente si existe alguna otra afección asociada, ó si el diagnóstico es exacto.

*Neurastenia.*—Los síntomas pupilares tienen bastante importancia en el diagnóstico de la neurastenia, pero su significación es sobre todo negativa. Los caracteres positivos de la pupila de los neurasténicos son los vulgares del neurosismo, del estado de *debilidad irritable*, ya mencionados más de una vez en páginas anteriores.

Consisten en la dilatación pupilar, en la viveza de sus reacciones, en la exageración de la *Pupillenunruhe*, fenómenos todos reveladores de la hiperexcitabilidad cerebral, de la deficiencia del poder enfrenador central, del predominio del influjo cortical sobre el tono del óculo-motor.

La vulgaridad de estos síntomas les resta importancia intrínseca; lo verdaderamente interesante para el diagnóstico de la neurastenia es la ausencia de los trastornos pupilares que se encuentran

en las neuropatías orgánicas, rigidez pupilar, miosis ó midriasis permanentes, etc. Siempre que en un supuesto neurasténico encontremos alguno de estos síntomas pupilares, el signo de Argyll-Robertson por ejemplo, podremos asegurar sin vacilaciones que la neurastenia es sintomática y que el sujeto padece además una lesión orgánica. Esta afirmación es de una gran transcendencia diagnóstica y pronóstica, pues sabido es que muchas enfermedades del sistema nervioso central, y especialmente la sífilis cerebral, la parálisis general y los tumores cerebrales, se presentan en su período inicial bajo el aspecto de vagos y cambiantes trastornos neurósicos, que inclinan el ánimo al consolador diagnóstico de neurastenia; pero si el observador no olvida el examen detenido de la pupila, seguramente encontrará en ella algún indicio que le revele la verdadera naturaleza del proceso y que le libre de cometer un error de graves consecuencias.

Además de los trastornos pupilares dichos, se ha observado en los neurasténicos la diferencia de diámetro de las pupilas, fenómeno fácilmente explicable, porque estando en estos enfermos debilitado el poder de asociación psíquica, estando relajada la facultad de síntesis de los procesos corticales, no hay coordinación perfecta en las manifestaciones periféricas, pudiendo por esta razón no ser simultáneamente el mismo el tono de ambos esfínteres irídeos.

*(Concluirá.)*

---

# ALGUNOS DATOS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL ESÓFAGO NECESARIOS PARA LA PRÁCTICA DE LA ESOFAGOSCOPIA

## SEGUIDOS DE UNA DESCRIPCIÓN BREVE DEL ASPECTO DEL ESÓFAGO NORMAL EN EL ESOFAGOSCOPIO

POR EL DR. A. G. TAPIA

Del Instituto Rubio y de la Policlínica Cervera.

Es de extraordinario interés para la práctica de la esofagoscopia el conocimiento de la anatomía normal del esófago en el vivo. No vamos nosotros á hacer este estudio con la minuciosidad de detalles con que se encuentra hecho en los tratados de Anatomía: utilizaremos solamente los conocimientos que son indispensables al esofagoscopista. Además vamos á exponerlos en lo posible tal como los encontramos en el vivo, pues es notorio, desde los trabajos de Mickulicz, que varía extraordinariamente la anatomía del esófago, según se estudie en el vivo ó en el cadáver; en éste se dejan sentir multitud de circunstancias que no existen en el vivo, y en cambio

en el vivo concurren multitud de causas (movimientos del diafragma, respiración, posición de la laringe, presión del tórax, etc.), que influyen mucho en su calibre, dirección, etc., y que no se presentan en el cadáver.

Límites.—Para marcar la longitud del esófago, sobre cuyo dato existen multitud de divergencias entre los autores, hay que determinar sus límites de un modo preciso.

*Límite superior.*—Mientras unos autores lo colocan á la altura del borde superior del cartílago cricoides, otros (Jonesco) lo marcan en el borde superior del fascículo cricoídeo del músculo constrictor inferior de la faringe, y otros, por fin, hacen comenzar el esófago al nivel del borde inferior del cricoides.

De acuerdo con la generalidad de los anatómicos, aceptamos el borde inferior del cartílago cricoides como límite superior del esófago.

*Límite inferior.*—Está marcado exteriormente por un ángulo más ó menos pronunciado que forma la pared izquierda del esófago con la curva mayor del estómago. Este ángulo determina la formación de un surco profundo semicircular, cuya concavidad dirigida hacia la derecha rodea el punto de unión del esófago y del estómago.

El *orificio superior* corresponde por detrás del cuerpo de la sexta vértebra cervical, lateralmente al tubérculo anterior de las apófisis transversas de esta misma vértebra. Dista de los incisivos superiores 15 centímetros aproximadamente. El *orificio inferior* corresponde al lado izquierdo del cuerpo de la décima vértebra dorsal. Por delante viene á proyectarse en el tercio interno del sexto espacio intercostal.

Longitud.—Entre los límites señalados, mide el esófago en término medio 35 centímetros. Ya hemos dicho que esta cifra está sujeta á multitud de variaciones.

Para hacer comprensibles estas diferencias y para tener á la vista la longitud de las diversas porciones del esófago en diferentes circunstancias de edad, de talla y de sexo, trasladamos íntegros los siguientes cuadros de V. Hacker (1). Creemos que son de gran utilidad, especialmente para los casos de cuerpos extraños del esófago, puesto que permiten una orientación rápida y muy aproximada del sitio en donde se encuentra el cuerpo extraño y de la profundidad de introducción del tubo esofagoscópico.

---

(1) Hacker: *Uber die nach Verätzungen entstandenen Speiseröhren Verengerungen.* Wien, 1889.

## HOMBRES

| N.° | EDAD | TALLA | DISTANCIA (EN CENTÍMETROS) DESDE LA LÍNEA DENTARIA | | | | LONGITUD total del esófago. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | al cardias. | al diafragma. | á la bifurcación traqueal. | al borde inferior del cricoide. | |
| 1 | 40 | 156 | 41 | — | 26-27 | 14-15 | 26 |
| 2 | 71 | 171 | 40 | — | 26-27 | 15 | 25 |
| 3 | 59 | 164 | 40 | — | 29-30 | 15 | 25 |
| 4 | 46 | 167 | 37 | 34 | 24 | 14 | 23 |
| 5 | 57 | 174 | 38 1/2 | 34 | 24-25 | 15-16 | 22 |
| 6 | 46 | 169 | 41 | — | 26 | 14 | 27 |
| 7 | 24 | 173 | 41 | — | 29 | 16 | 25 |
| 8 | 50 | 165 | 36 | 32 | 26 | 15 | 21 |
| 9 | 27 | 176 | 41 | 39 | 26 | 17 | 24 |
| 10 | 42 | 171 | 40 | 38 | 27 | 15 | 25 |
| 11 | 53 | 169 | 41 | 38 | — | 15 | 26 |
| 12 | 36 | 170 1/2 | 40 | 37 | 23 | 14 | 26 |
| 13 | 68 | 163 | 39 | 35 | 23 | 13 | 26 |
| 14 | 55 | 171 1/2 | 40 | 38 1/2 | 27 | 16 | 24 |
| 15 | 60 | 162 1/2 | 37 | — | 25 | 15 | 22 |
| 16 | 45 | 160 | 39 | 36 | 26 | 14 | 25 |
| 17 | 32 | 162 | 38 | 36 | 25 | 14 | 24 |
| 18 | 46 | 162 | 40 | 37 | 25 | 15 | 25 |
| 19 | 34 | 169 | 40 | 36 | 25 | 15 | 25 |
| 20 | 23 | 175 | 41 | 38 | 27 | 15 | 26 |
| 21 | 40 | 168 1/2 | 40 | 38 | 26 | 14 | 26 |
| 22 | 17 | 171 | 39 | 36 | 25 | 14 | 25 |
| 23 | 49 | 161 | 40 | 36 | 26 | 16 | 24 |
| 24 | 79 | 163 | 40 | 38 | 27 | 16 | 24 |
| 25 | 41 | 171 | 40 | 38 | 27 | 16 | 24 |
| 26 | 59 | 173 | 45 | 42 | 28 | 15 | 30 |
| 27 | 72 | 175 | 42 | 38 | 26 | 15 | 27 |
| 28 | 24 | 172 | 41 | 38 | 26 | 16 | 25 |
| 29 | 50 | 171 | 41 | 38 | 26 | 14 | 27 |
| 30 | 58 | 172 | 41 | 38 | 26 | 16 | 25 |
| 31 | 63 | 164 | 38 | 35 | 25 | 15 | 23 |
| 32 | 25 | 170 | 39 | 37 | 26 | 15 | 24 |
| 33 | 27 | 168 | 41 | 38 | 27 | 16 | 25 |
| 34 | 39 | 167 | 38 | 36 | 26 | 15 | 23 |
| 35 | 31 | 169 | 42 | 39 | 27 | 17 | 25 |
| 36 | 30 | 171 | 41 | 38 | 25 | 15 | 26 |
| 37 | 62 | 165 1/2 | 41 | 38 | 26 | 16 | 25 |
| 38 | 42 | 172 | 42 | 39 | 27 | 14 | 28 |

## MUJERES

| N.º | EDAD | TALLA | DISTANCIA (EN CENTÍMETROS) DESDE LA LÍNEA DENTARIA | | | | LONGITUD total del esófago. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | al cardias. | al diafragma. | á la bifurcación de la tráquea. | al borde inferior del cricoide. | |
| 1 | 20 | 153 | 32 | 28 | 22 | 11 | 21 |
| 2 | 46 | 156 | 41 | 37 | 27 | 14 | 27 |
| 3 | 47 | 149 | 35 | 32 | 24 | 12 | 20 |
| 4 | 42 | 148 | 34 | 30 | 22-23 | 13 | 21 |
| 5 | 28 | 156 | 37 | 35 | 25 | 14 | 23 |
| 6 | 36 | 164 | 39 | 36 | 24 | 15 | 24 |
| 7 | 54 | 158 | 39 | 37 | 25 | 15 | 24 |
| 8 | 44 | 151 | 37 | 34 | 23 | 13 | 24 |
| 9 | 29 | 164 | 37 | 34 | 25 | 16 | 21 |
| 10 | 26 | 159 | 38 | 35 | 22 | 14 | 24 |
| 11 | 23 | 163 ½ | 39 | 36 | 25 | 14 | 25 |
| 12 | 24 | 152 | 36 | 32 | 23 | 13 | 23 |
| 13 | 21 | 157 | 39 | 36 | 24 | 14 | 25 |
| 14 | 27 | 142 | 35 | 31 | 24 | 12 | 23 |
| 15 | 41 | 154 | 37 | 35 | 23 | 14 | 23 |
| 16 | 43 | 166 | 30 | 37 | 26-27 | 15 | 25 |
| 17 | 20 | 142 | 34 | 31 | 23 | 14 | 20 |
| 18 | 22 | 151 | 38 | 35 | 24 | 15 | 23 |
| 19 | 59 | 150 | 38 ½ | 34 | 24 | 14 | 24 ½ |
| 20 | 63 | 147 | 39 | 35 | 24 | 15 | 24 |
| 21 | 33 | 160 | 38 | 25 | 26 | 15 | 24 |
| 22 | 44 | 152 | 36 | 33 | 22 | 13 | 23 |

## NIÑOS

| EDAD | DESDE LA LÍNEA DENTARIA al borde inferior del cricoides. | DESDE LA LÍNEA DENTARIA á la bifurcación. | DESDE LA LÍNEA DENTARIA al cardias. | LONGITUD total del esófago. | LONGITUD de la porción superior á la bifurcación. | LONGITUD de la porción inferior á la bifurcación. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 días ..... | 7 | 12 | 17 | 10 | 5 | 5 |
| 6 semanas ... | 6 | 11 | 18 | 12 | 5 | 7 |
| 3 meses..... | 7,5 | 12,5 | 19 | 11,5 | 5 | 6,5 |
| 3 ½ meses... | 8 | 13 | 20 | 12 | 5 | 7 |
| 14 » ... | 10 | 14 | 22 | 12 | 4 | 8 |
| 15 » ... | 8 | 14 | 22 | 14 | 6 | 8 |
| 21 » ... | 10 | 15 | 23 | 13 | 5 | 8 |
| 2 años..... | — | — | — | 13,5 | 5 | 8,5 |
| 2 » ..... | 9 | 16,5 | 24 | 15 | 7,5 | 7,5 |
| 3 » ..... | — | — | — | 14 | 6 | 8 |
| 4 » ..... | — | — | — | 15 | 6 | 9 |
| 5 » ..... | 10 | 17 | 26 | 16 | 7 | 9 |
| 6 » ..... | 11 | 19 | 28 | 17 | 8 | 9 |
| 9 » ..... | — | — | — | 16 | 7 | 9 |
| 9 » ..... | 11 | 19 | 27 | 16 | 8 | 8 |
| 11 » ..... | 10 | 18 | 28 | 18 | 8 | 10 |
| 12 » ..... | 10 | 18 | 28 | 18 | 8 | 10 |
| 14 » ..... | 11 | 19 | 31 | 20 | 8 | 12 |
| 15 » ..... | 14 | 23 | 33 | 19 | 9 | 10 |

Si dividimos el esófago en varios segmentos, guiándonos por límites naturales, aceptaremos con la mayoría de los autores:

A) Porción cervical.
B) Porción torácica.
C) Porción diafragmática.
D) Porción intraabdominal.

Las siguientes medidas de la longitud de cada una de estas porciones se refieren á individuos de 1,60 metros de talla.

*Porción cervical.*—Se extiende desde el comienzo del esófago hasta un plano horizontal que pase por el borde superior de la horquilla del esternón.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Longitud..... | 4-4,5 | centímetros, | según | Jonesco. |
| | 5,5 | » | » | Kraus. |
| | 5 | » | » | Testut. |

*Porción torácica.*—Comienza en el límite inferior de la porción cervical, y termina á nivel de la 7.ª vértebra dorsal.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Longitud..... | 15-16 | centímetros, | según | Jonesco. |
| | 18 | » | » | Kraus. |
| | 16 | » | » | Testut. |

*Porción diafragmática.*—Corresponde al estuche que forman las fibras musculares del diafragma y los vasos, al atravesar el esófago este músculo.

Longitud: 1-1,5 centímetros, según Jonesco y Testut.

*Porción abdominal.*—Abarca el resto del esófago hasta su embocadura en el estómago.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Longitud..... | 2-3 | centímetros, | según | Jonesco. |
| | 2 | » | » | Kraus. |
| | 2,5-3 | » | » | Testut. |

Es de mucho interés también conservar en la memoria las siguientes medidas, que pueden ser de una gran utilidad práctica para el esofagoscopista.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Distancia de la línea dentaria | | | al cartílago cricoides.... | 15 | cm. |
| Id. | íd. | íd. | á la entrada del tórax... | 20 | » |
| Id. | íd. | íd. | á la estrechez bronquial. | 24-28 | » |
| Id. | íd. | íd. | al hiatus esofágico..... | 34-36 | » |
| Id. | id. | íd. | al cardias ..... | 40 | » |

Como estas medidas indican la distancia que existe entre la línea dentaria y esos cinco puntos del esófago, tan importantes desde el punto de vista patológico, puesto que son los que más enferman

y donde con más frecuencia se detienen los cuerpos extraños, nos es muy interesante conocer cuándo nos acercamos á ellos con el extremo del esofagoscopio. Y esto lo sabemos sencillamente mirando la escala graduada que existe en el exterior del tubo, cuya numeración comienza en el extremo inferior.

CALIBRE.—Los datos que los anatómicos nos ofrecen, según sus estudios en el cadáver, presentan el esófago como un cordón aplastado de delante atrás; es decir, de cavidad puramente virtual; además, según ellos, la superficie interna está surcada de pliegues longitudinales.

Estos datos, evidentemente inaplicables al sujeto vivo, son, sin duda, efectos cadavéricos.

A la esofagoscopia le estaba reservado poner en claro las diferencias existentes entre el esófago del cadáver y del vivo.

He aquí las observaciones hechas por Mickulicz (1) por medio del esofagoscopio en los sujetos vivos y sanos:

1.ª La mucosa es lisa, sin pliegues ni surcos longitudinales.

2.ª Existe en la entrada del esófago un verdadero esfíncter constituído por el músculo constrictor inferior de la faringe.

3.ª En toda la porción cervical la luz está cerrada por aplastamiento ántero-posterior de sus paredes, que están mutuamente en contacto.

4.ª En la porción torácica, la cavidad esofágica está ampliamente abierta merced á la presión negativa del tórax.

5.ª La pared esofágica está animada de movimientos diversos: pulsátiles, debidos á las pulsaciones de la aorta y del corazón; respiratorios, puesto que el esófago se ensancha en el momento de la inspiración y se estrecha en el momento de la espiración, pero sin cerrarse completamente; peristálticos, formados de débiles ondas contráctiles.

6.ª El paso al estómago está siempre ampliamente abierto.

Estas conclusiones, que sentó Mickulicz en los comienzos de la era esofagoscópica, aún son hoy aceptables á excepción de la última. No es éste el lugar de entrar en discusiones anatomo-fisiológicas para dilucidar la manera de comportarse la terminación del esófago desde el punto de vista de su oclusión. Basta citar que los antiguos trabajos de V. Hacker y Gabaroff, y los muy recientes de Sauerbruch, publicados en los últimos números del mes de Julio de este mismo año, del *Munch. Med.*, y llevados á cabo experimentalmente en la cámara pneumática, de que es autor este brillante cirujano, no están de acuerdo con la conclusión sentada por Mickulicz.

Además, es efectivamente cierto que el esófago no tiene pliegues

(1) Mickulicz: *Wiener Med. Presse*, 1881, pág. 1.541.

longitudinales, como pretendían los anatómicos; pero es evidente que los tiene transversales. Los que han esofagoscopizado muchas veces lo saben muy bien; yo he tenido ocasión de verlo repetidamente. Recuerdo que el Dr. Sañudo, al ver explorar un enfermo en mi consulta, comparaba el aspecto del esófago al de la tráquea, fijándose en que formaba cavidad real, en la existencia de pliegues transversales y en los movimientos del ritmo respiratorio.

Por de contado, admitiremos las estrecheces normales con arreglo al tipo descrito por los anatómicos y cuyo conocimiento nos es indispensable. Son las siguientes, según Jonesco (1), que para determinarlas y medir su calibre ha hecho previamente una distensión moderada del esófago por medio de la insuflación de aire, repleción de agua ó modelado en yeso.

1. *Estrechez cricoídea*, situada á nivel del borde inferior del *cartílago cricoide;* es decir, á la altura del orificio superior del esófago; aplastada de delante á atrás; su diámetro es de 23 milímetros transversalmente y de 17 milímetros sagitalmente, según Jonesco; de 14 milímetros, según Mouton; de 14-16, según Pellanda y Testut.

2. *Estrechez aórtica*, formada por una depresión ó surco transversal fraguado en la pared izquierda del esófago por el cayado de la aorta; corresponde á la cuarta vértebra dorsal; su diámetro es de 24 milímetros transversalmente y de 19 milímetros sagitalmente, según Jonesco; de 14, según Mouton; de 15 á 17, según Testut.

3. *Estrechez bronquial*, debida á la huella que determina el bronquio izquierdo sobre la pared anterior del esófago; esta huella forma un surco oblicuo de arriba á abajo y de derecha á izquierda; está situada á nivel de la quinta vértebra dorsal; diámetro, 23 milímetros transversalmente y 17 milímetros sagitalmente.

4. *Estrechez supradiafragmática;* es una estrangulación circular que presenta el esófago inmediatamente antes de penetrar en el canal diafragmático; diámetro transversal, 25 milímetros; sagital, 24 milímetros, según Jonesco; 12 milímetros, según Mouton; 16 á 19 milímetros, según Pellanda y Testut.

Aun cuando los autores no admiten, por no ser constante, una estrangulación que se observa á nivel de la abertura torácica, detrás de la horquilla del esternón, nosotros no podemos menos de darle aquí un lugar preferente, por ser esta *estrechez esternal* el sitio donde con más frecuencia se detienen las monedas y otros cuerpos extraños.

Los cuatro segmentos intermedios á las estrecheces forman tres dilataciones fusiformes y un embudo terminal.

---

(1) Poirier: *Anatomie humaine*, Paris, 1900.

1.° Segmento fusiforme crico-aórtico, poco dilatado; se extiende desde la 7.ª v. c. á la 3.ª v. d.; su diámetro medio es de 26 á 27 milímetros, según Jonesco; de 19 á 22, según Testut.

2.° Segmento fusiforme aórtico-bronquial, muy corto; ocupa desde la 4.ª á la 5.ª v. d.; su diámetro es igual al del segmento precedente.

3.° Segmento bronquio-diafragmático; es el más extenso: va de la 5.ª v. d. á la 8.ª v. d.; su diámetro es de 30 milímetros en todos sentidos, según Jonesco; de 22, según Testut.

4.° Embudo freno-gástrico; su vértice se encuentra en el canal diafragmático; su base atraviesa la cavidad abdominal y se continúa con las paredes gástricas; va desde la 8.ª v. d. al flanco izquierdo de la 10.ª dorsal.

Dilatabilidad de las paredes del esófago.—Es un dato muy interesante para el tratamiento de los cuerpos extraños del esófago por medio de la esofagoscopia. Sabido es, y nosotros hemos tenido algún caso que lo confirma, que pueden detenerse en este conducto cuerpos extraños muy grandes y provistos de aristas cortantes; si en estas circunstancias pretendiésemos extraer el cuerpo extraño, sus aristas desgarrarían las paredes del esófago. Para evitar esto, se me ocurrió la idea (1) de construir un esofagoscopio que dilatase en estos casos el calibre del esófago, para que en su ascensión el cuerpo extraño no hiriese sus paredes.

Vemos, pues, que los datos acerca de la extensibilidad de las paredes de este conducto tienen en este momento gran importancia.

Según Morosow, el límite de la dilatabilidad del esófago es de dos centímetros. Lesbini ha llegado á determinar las mayores dilataciones á que se puede someter el esófago sin inconveniente, según la edad, el sexo y la talla del sujeto; he aquí sus conclusiones: Niños de tres á cinco años, 15 milímetros; de cinco á ocho, 16 milímetros; de ocho á trece, 18 milímetros; de trece á quince, 19 milímetros. Mujeres de más de diez y seis años: de pequeña talla, 30 milímetros; de gran talla, 31 milímetros. Hombres de más de diez y seis años: 21 milímetros.

Con el esofagoscopio ideado por nosotros hemos comenzado una serie de investigaciones en el vivo para marcar el grado de la dilatabilidad de sus paredes en los distintos puntos del esófago (estrecheces y dilataciones) y en diferentes edades. De este trabajo, no terminado aún, adelantamos aquí que la dilatabilidad en el vivo no es tan grande como en el cadáver, y que cuando nos aproximamos á la cifra señalada por Lesbini, los pacientes acusan dolor y provócanse espasmos esofágicos que oponen gran resistencia.

---

(1) Véase *El Siglo Médico* del 21 de Abril de 1906.

Dirección.—Teniendo en cuenta que el esófago nace en la línea media de la columna vertebral y termina atravesando el diafragma fuera de esta línea media, en el lado izquierdo, vemos que el trayecto es oblicuo de derecha á izquierda.

Es de interés este hecho, porque cuando tengamos que explorar el extremo inferior del esófago ó la región del cardias, nos convendrá, atendiendo esta dirección, introducir el tubo esofagoscópico por la comisura bucal derecha.

Además de este trayecto, algo oblicuo, el esófago presenta varias inflexiones, tan ligeras, que para el hecho de la exploración esofagoscópica podemos prescindir de ellas y considerarle como rectilíneo. Sin embargo, para no dejar incompleto este punto diremos brevemente: que hay una curvadura de convexidad á la izquierda, porque el cayado aórtico lo desvía de su trayecto hacia la derecha, y después una segunda curvadura de concavidad á la izquierda, porque el esófago toma de nuevo la dirección primitiva para ir en busca de su desembocadura, situada á la izquierda de la línea media.

Por de contado, respecto de las curvaduras ántero-posteriores, admitidas por antiguos autores, hay que desecharlas en absoluto, según se desprende de los categóricos trabajos de Hacker, Morosow, etc.

Y aun en lo que se refiere á las inflexiones laterales, opina Mickulicz que son consecutivas á fenómenos post morten, y su formación la explica así: la parte inferior del esófago se hundiría en el cadáver por el relajamiento de la musculatura de la faringe; en cambio, la parte inferior se elevaría por la ascensión del diafragma, empujado por la formación de gases intestinales. De este modo el esófago, tubo recto en el vivo, se incurvaría en el cadáver.

Esta opinión de Mickulicz no resiste la más pequeña crítica. Pero es cierto el hecho que, para los fines esofagoscópicos, puede considerarse el esófago como un tubo recto.

Espesor y constitución de sus paredes.—Las paredes del esófago son bastante resistentes; su espesor es de algo más de dos milímetros, y están formadas por una capa muscular y una mucosa, separadas entre sí por tejidos conjuntivo laxo y glandular.

La capa muscular, de un espesor de uno y medio á dos milímetros, está formada de dos estratos: superficial ó longitudinal y profundo ó circular.

La túnica submucosa, constituída de fibras conjuntivas y elásticas y de tejido adiposo, alberga glándulas, vasos y nervios destinados á la mucosa.

Esta túnica permite que la mucosa se deslice y se pliegue. La mucosa es delgada (0,5 milímetros) y formada de una capa de epitelio pavimentoso estratificado, sin capa córnea, de un der-

mis provisto de fibras conjuntivas y elásticas y de una capa de fibras musculares lisas (*muscularis mucosae* de Brücke).

VASCULARIZACIÓN.—En este trabajo de aplicación de la anatomía á la esofagoscopia, sólo podemos hacer una indicación de interés respecto á la circulación venosa del esófago, y es que existe un plexo venoso submucoso que se extiende por toda la longitud del esófago, si bien está más desarrollado en su extremidad inferior.

Los dos tercios superiores de este plexo esofágico desaguan en la circulación de la vena cava (mediante las venas tiroídeas superiores, azigos, etc.); el tercio inferior en la vena coronaria estomática, tributaria de la vena porta.

Apunto este interesante dato, porque antes de hacer una esofagoscopia debe explorarse bien la circulación porta, pues en las afecciones hepáticas el éxtasis de la circulación porta se manifiesta en el esófago por intermedio de las venas esofágicas superiores; el plexo venoso del tercio inferior del esófago se dilata, y una exploración no meditada ó poco prudente puede provocar graves hemorragias.

RELACIONES DEL ESÓFAGO. He aquí un breve recordatorio de lo más interesante: *En la porción cervical.*—Se relaciona por delante con la tráquea, el músculo esterno-tiroídeo, el cuerpo tiroides y la arteria tiroídea inferior; por detrás, con la columna vertebral; lateralmente, con la carótida primitiva (la carótida izquierda está más próxima del esófago, porque éste se halla desviado hacia la izquierda) con la arteria tiroídea inferior, el cuerpo tiroides, el nervio recurrente y el simpático. La citada desviación del esófago hacia la izquierda hace que en este lado sobresalga de la tráquea y que el recurrente izquierdo se halle sobre su cara anterior, mientras que el derecho está adosado á su cara lateral.

*En la porción torácica.*—Por delante, con la tráquea y el bronquio izquierdo, á los que está unido por formaciones musculares especiales (fascículos pleuro-esofágico y aórtico-esofágico, músculo bronco-esofágico de Hyrtl), con un acúmulo ganglionar que por abajo le separa de la tráquea, y con el pericardio (fondo de saco de Hayer). Por detrás con la columna vertebral, de la que se encuentra separado por el conducto torácico, las pequeñas y grandes azigos y la misma aorta. Por el lado derecho, con la pleura derecha y el cayado de la ácygos. Por el lado izquierdo, con la pleura izquierda hacia arriba y la aorta descendente hacia abajo.

*En la porción diafragmática*, las fibras del diafragma y las del esófago, mezcladas de modo inextricable, forman el llamado músculo freno-esofágico.

*En la porción abdominal* está en contacto: por delante, con el pneumogástrico izquierdo y el hígado; por detrás, con el pneumo-

gástrico derecho, los pilares del diafragma y la aorta; á la derecha, con el lóbulo de Spigelio; á la izquierda, con la tuberosidad mayor del estómago.

### ASPECTO DEL ESÓFAGO NORMAL EN EL ESOFAGOSCOPIO

Cuando v. Mickulicz hizo por primera vez el examen esofagoscópico y vió la porción torácica del esófago ampliamente abierta, creyó encontrarse ante un enfermo que tenía el esófago dilatado ó paralítico, siendo así que se trataba de un individuo sano. El concepto anatómico, entonces vigente, indicaba el adosamiento de las paredes del esófago como hecho normal. Esta fué la causa de su error, y al desvanecerle Mickulicz, sentando las conclusiones que hemos expuesto anteriormente, inauguró la moderna concepción anatómica del esófago.

Para evitar errores diagnósticos y confusiones lamentables, es, pues, de absoluta precisión conocer el aspecto del esófago en el vivo, en cuanto se refiere á las circunstancias de calibre, forma, dirección, color, movimientos propios y transmitidos, etc., etc. En la actualidad se conoce con gran precisión todo lo referente á estos asuntos, lo que muy concisamente voy á exponer en las siguientes líneas.

Los mencionados caracteres varían, según el segmento del esófago que se examina, y aun dentro de cada uno de ellos.

*Porción cervical.*—Para explorar *de visu* la porción retrolaringea del esófago, ó de la faringe, que para este caso es igual, contamos con dos medios: ó introducimos el tubo retrolaríngeo de Kirstein y apreciamos aisladamente las diversas partes de la mucosa, que asoma á través de la hendidura lateral, longitudinal, de su esofagoscopio, ó colocamos el tubo ordinario para ver en conjunto un segmento anular de esta porción.

El segundo procedimiento es el que suministra los resultados apetecidos. Si se quiere explorar minuciosamente esta porción, debe introducirse el tubo armado de su correspondiente mandrín; cuando se ha vencido la resistencia que ofrece la estrechez cricoídea, y esto se llega á conocer bien con la práctica, se saca el mandrín y se ilumina con el aparato de Casper. Si en la escala exterior del tubo se lee cualquiera de los números 13, 14, 15 ó 16, es que indudablemente estamos en la porción retrolaringea del conducto alimenticio.

Examinémosla, y encontraremos seguramente, en los individuos sanos, las paredes del esófago adosadas, dejando entre sí una hendidura transversal, ligeramente curva, con la concavidad hacia delante. Esto suponiendo que el músculo constrictor guarde reposo, pues en caso de contraerse no permite que el tubo esofagoscópico permanezca en esta situación, impulsándole hacia fuera; de aquí

surgen las dificultades de examinar esta región y de introducir el tubo en los casos de estenosis de la porción cervical.

En una inspiración máxima esta hendidura se entreabre algo.

Introduzcamos un poco más el tubo para explorar el resto de la porción cervical, que, como sabemos, termina á nivel de la horquilla del esternón, á distancia de 20 centímetros aproximadamente de la línea dentaria. El aspecto de la imagen esofagoscópica varía mucho de la expuesta precedentemente.

Las paredes están también adosadas en estado normal, pero al penetrar el tubo se van separando, y dejan ver un pequeño embudo cuya base corresponde al extremo del esofagoscopio, y tiene su mismo diámetro, y cuyo vértice, de variada forma, dista escasamente un centímetro de la base.

En estado normal, si el tubo está bien colocado, es decir, si sigue exactamente la dirección del esófago, la forma del embudo es perfectamente regular; el vértice aparece cabalmente centrado; á través de él suelen verse mucosidades muy aireadas que asoman y se esconden en rítmicos simultáneos movimientos de la respiración. El vértice del embudo citado es el punto de referencia más preciso para conseguir con facilidad la total introducción del tubo sin desviación alguna; el secreto está en que no se descentre y lo perdamos de vista. Durante una inspiración normal se abre algo; si se hace una inspiración profunda, la abertura se ensancha más, hasta adquirir el diámetro de medio centímetro aproximadamente. Por de contado, á medida que nos acercamos á la porción torácica, esta abertura va ensanchando.

El embudo no es completamente liso, ni su vértice es perfectamente puntiforme ó circular. La pared aparece algo abombada, como resistiéndose á la penetración del tubo, surcada de algunos pliegues de forma y dirección irregular; el vértice muéstrase cerrado generalmente en forma de roseta, con cuatro elevaciones á modo de grandes pétalos, ó en forma de estrella con cuatro ó seis radios. A veces se presenta cerrado por varios labios.

Esta descripción, repito, corresponde á la imagen normal, si el esofagoscopio sigue exactamente la dirección del esófago.

Es de un gran interés práctico, para evitar errores ó contratiempos, conocer el aspecto de la porción cervical del esófago cuando el tubo no es introducido en buena dirección, y forma con dicho conducto un ángulo más ó menos obtuso. En este caso, el resultado inmediato es la descentralización del vértice del embudo, que aparece en la periferia ó que no se encuentra; en el primer caso, la dirección del esofagoscopio no es del todo mala, y será muy fácil rectificarla por medio de movimientos adecuados del tubo ó de la cabeza del enfermo; en el segundo caso la colocación del tubo es mala, y lo mejor

que se puede hacer, sobre todo si el que practica la esofagoscopia no está muy habituado, es extraer el tubo para volverle á introducir de nuevo.

Claro es que cuando el vértice del embudo esté descentrado, la forma de la porción visible del esófago será sumamente irregular; apenas recordará la forma infundibular citada; suele verse la pared posterior amplia, cóncava, que se recoge hacia abajo para abocar en la porción de vértice visible. Si éste no se percibe, se verá una pequeña cavidad sin fondo, y la orientación es difícil, por haberse perdido el orificio inferior del embudo, que, como sabemos, es el punto de referencia.

*Porción torácica.*—A la distancia de 20 á 21 centímetros la luz se abre: es que ha comenzado á aparecer la porción torácica del esófago; sin embargo, suele haber uno ó dos centímetros de su parte más superior en que la imagen es casi igual que en la porción cervical; como esta porción está normalmente dilatada, formando una cavidad real y no virtual, como antes se creía, nuestra vista percibe, en vez de un corto embudo, como en la porción cervical, un tubo de unos 12 á 16 centímetros de largo.

Algunas veces, desde el comienzo de la porción torácica, puede llegar á verse el esófago en toda su extensión, y Mickulicz dice haberlo visto así con frecuencia. En las numerosas esofagoscopias que nosotros hemos practicado, no lo hemos conseguido nunca, porque á nivel del hiatus esofágico este conducto se estrecha algo y además cambia de dirección lo suficiente para impedir la visión de las porciones diafragmática y abdominal.

La porción torácica vese surcada de pliegues transversales. Los anatómicos encuentran y describen pliegues longitudinales; pero son, sin duda, efectos cadavéricos. No cabe negar que en el vivo son transversales, no pudiéndose invocar para explicar esta contradicción que su formación sea debida á que la presión ejercida por el esofagoscopio al ser introducido arrastre por delante de sí un rodete de mucosa, puesto que en la porción torácica del esófago se alcanza á ver una gran extensión de este conducto provista de los pliegues referidos, á pesar de estar muy lejos de la esfera de acción del instrumento. La parte más saliente de los pliegues aparece más iluminada, y recuerda algo el aspecto de la tráquea vista en el espejo laringoscópico; estos pliegues no ocupan toda la extensión de la pared; son segmentos de circunferencia más ó menos grandes, cuyos extremos no suelen alcanzarse nunca, pero la imbricación de unos y otros da un aspecto característico.

Esto y la irregularidad de tamaño y forma de los pliegues contribuye á dar á la imagen un aspecto redondeado, pero no regularmente circular; generalmente aparece de forma poligonal con los la-

dos, de diverso tamaño, casi siempre convexos hacia adentro. Pero esta forma, repito, está sometida á multitud de variaciones de detalle, aun en el caso, que es al que ahora nos referimos, de que el tubo siga la dirección exacta del esófago.

De ordinario encuéntranse en esta porción dos prominencias, una en la parte ántero-izquierda correspondiente á la presión del cayado de la aorta y del bronquio izquierdo, y otra más abajo, situada en la pared póstero-izquierda, y que corresponde á la aorta descendente. Los latidos de este abombamiento son tan sumamente manifiestos en algunos casos, que transmiten su movimiento al esofagoscopio, cuyo extremo superior los hace patentes con grandes oscilaciones rítmicas; un enfermo á quien esofagoscopicé en presencia de los Dres. Sañudo, Yagüe, R. Sánchez y otros, presentaba este fenómeno tan marcadamente que me obligó á suspender la exploración, temiendo que el paciente fuese un enfermo aórtico. Era un arterio-escleroso. Se exploró de nuevo posteriormente, sin contratiempo alguno, ante los alumnos de la clase de clínica médica del Dr. Sañudo, encontrando un carcinoma á 32 centímetros de la línea dentaria.

Si la dirección del instrumento no sigue con exactitud la del conducto esofágico que le envaina, se forman acodamientos que hacen variar el aspecto de la imagen, cuya luz, sin embargo, no suele perderse de vista nunca en esta región.

Generalmente los dientes, empujando hacia adelante el extremo superior del instrumento, y la base de la lengua haciendo presión más abajo, tienden á dirigir el extremo inferior del esofagoscopio hacia atrás, desviándole algo de la dirección del esófago; de esto resulta que el abombamiento de la pared póstero-izquierda se hace á veces muy ostensible y que la imagen aparezca muy variable por descentrarse la luz. Se ven entonces pliegues que caminan en diversas direcciones, apareciendo delante del tubo unas veces en forma de un *bandeau* que cubre el tercio superior de la luz, otras en forma de dos cortinas separadas por abajo, etc., etc.

Nosotros hemos tenido ocasión de observar que el ensanchamiento normal de la pared torácica del esófago es mayor en los viejos que en los adultos, y más en éstos, relativamente, que en los niños. Además, hemos creído encontrar, por el contrario, en los jóvenes más acentuada la movilidad respiratoria de sus paredes. Acaso la esclerosis del órgano dé cuenta de estos fenómenos.

La presencia de esta dilatación en el vivo y el adosamiento de las paredes encontrado en las autopsias lo explican Gottsteim y Mickulicz porque dentro del tórax, tanto en el vivo como en el cadáver, hay presión negativa. «Esta presión negativa—dice Gottsteim, —independiente de los movimientos respiratorios, mantiene separa-

das las paredes del esófago, aumenta con la inspiración y se hace positiva en la espiración forzada (gritos)».

Si en la autopsia se encuentran las paredes adosadas, es que al abrir el tórax la presión se nivela y los pulmones retraídos le aplastan de delante atrás. Sólo en los cadáveres congelados podría ser apreciado por los anatómicos el hecho citado; v. Mickulicz hizo estudios esofagoscópicos en el cadáver y observó que, como en el vivo, las paredes están dilatadas; pero en el momento de abrir el tórax las paredes se adosaban y la cavidad desaparecía. Explicaba también el fenómeno por la citada teoría de la presión negativa.

En esta porción del conducto las paredes están también animadas de movimientos respiratorios; la saliva contenida en su cavidad, formando finísimas burbujas, asciende y desciende de modo perfectamente visible, á compás de los movimientos respiratorios. Parece enteramente que el sujeto explorado respira por el esófago; y tanto lo semeja, que en un caso que yo examinaba ante varios de los médicos citados anteriormente hubo uno que al ver este fenómeno llegó á creer que, por error, había yo introducido el tubo en la tráquea.

*Porción diafragmática. Hiatus esofágico.*—Ya hemos dicho que desde el comienzo de la porción torácica se ven no más que 13 á 15 centímetros de conducto. Y es que al llegar á la porción diafragmática el esófago se estrecha, se acoda, y la luz de su conducto sólo se manifiesta por una hendidura.

La imagen de esta región es bastante característica y de gran importancia. Supongamos que el esofagoscopio se introduce por la línea media de la boca: observemos sucesivamente el aspecto de las porciones anteriormente descritas; al llegar á 35 ó 36 centímetros de la línea dentaria, que es donde (según la talla del sujeto) se encuentra el hiatus, veremos la imagen siguiente: la pared pósteroizquierda aparece ante el extremo del tubo como un labio oblicuo, convexo, que ocupa próximamente un tercio de su luz; la pared ántero-derecha, colocada en la misma forma, ocupa próximamente los dos tercios de la luz ántero-derechos; entre ambos labios vese una hendidura que atraviesa oblicuamente desde la izquierda hacia atrás; con los movimientos respiratorios esta hendidura se entreabre, y á través de ella ascienden y descienden menudas gotas aireadas de saliva y mucosidades.

En otras ocasiones la imagen tiene forma de embudo sesgado, cuyo vértice se halla colocado á la izquierda y atrás.

Si en esta posición central del tubo, es decir, siguiendo la línea media de la boca, se intentase atravesar el hiatus para penetrar en la porción intraabdominal y aun en el estómago, se provocarían dolores y la maniobra sería muy difícil, pues el extremo del tubo en-

cuentra un obstáculo en el gran labio ántero-derecho citado. En cambio, si se coloca el esofagoscopio en el ángulo derecho de la boca, se adopta la dirección del esófago, y entonces se consigue el paso del hiatus y de la porción diafragmática. No hay que olvidar que la dirección total del esófago es oblicua hacia la izquierda.

*Porción intraabdominal. Ora serrata.*—La última porción del esófago, muy corta y ligeramente dilatada, muéstrase en el esofagoscopio como un pequeño embudo abierto, y termina en la ora serrata.

El tránsito de la mucosa del esófago á la del estómago se manifiesta claramente por el brusco contraste de la coloración rosa ó rojo pálida de aquel conducto con la intensamente roja de la mucosa gástrica. Generalmente aparece bajo una forma estelar: esta bella forma ha sido encontrada por nosotros varias veces. En otros casos no es la figura estelar lo que se ve, sino labios ó pliegues del esófago más ó menos abultados y pálidos, enfrente de otros más inferiores, formados por la mucosa del estómago, de color rojo encendido.

Respecto al mecanismo de la oclusión del esófago, no podemos detenernos á exponer en este trabajo el estado actual de la cuestión, puesto que ni tenemos experiencia personal, ni los modernos trabajos de Hacker, Gabarroff, Sauerbruch, etc., son definitivos, ni establecen un perfecto acuerdo.

*Otros movimientos del esófago.*—Además de los movimientos respiratorios del esófago normal y de los movimientos pulsátiles citados, se observan á veces movimientos peristálticos muy claros. Según Kelling y Starck (1), se ven también movimientos antiperistálticos: nosotros, á pesar de la cuidadosa atención puesta en buscarlos, no los hemos podido encontrar.

Tal es, en resumen, el aspecto del esófago en el hombre sano, visto á través del tubo esofagoscópico.

---

## «LES BALAFRÉS» (2)

POR EL DR. SPREÁFICO
Del Instituto Rubio.

Con este epíteto, que suena tan bien al oído en el idioma francés, ha querido hacer sin duda el eminente profesor Dieulafoy una frase de *esprit,* que sólo sirve para burlarse de estos enfermos, de los médicos generales que los vieron y de los cirujanos que indebidamente

(1) Starck: *Die direkte besichtigung der Speiseröhre.* Würzburg, 1905, p. 92.
(2) Los acuchillados *(balafré:* el que tiene una larga herida en la cara ó su cicatriz).

los operaron, haciendo caer sobre todos los operadores que intervinieron la saliva que dicho profesor arrojó al cielo.

Y no se puede decir que esto lo ha dicho en el ardor de una polémica, puesto que su trabajo ha sido escrito y leído en una sesión de la Academia de Medicina de París, presentando una estadística de once casos de tiflocolitis muco-membranosa ó arenosa, indebidamente operados, afirmando al mismo tiempo que estos casos constituyen legión, á los que llama «les balafrés de Plombières et de Chatel-Guyon».

No solamente ataca en la comunicación á los cirujanos, sino que también salen malparados los microscopistas, negando especificidad patológica á las lesiones por ellos descritas, y que atribuye á las maniobras verificadas por el cirujano para extirpar el apéndice.

No negaré en absoluto que algunos enfermos hayan sido operados indebidamente de apendicectomía, encontrando luego un apéndice absolutamente sano; pero de esto á decir que hoy constituyen legión el número de ellos hay una distancia enorme, siendo seguramente lo contrario lo sucedido, y, por lo tanto, haber beneficiado y salvado la vida multitud de enfermos de tiflocolitis ó tiflitis, que al mismo tiempo padecían de su apéndice, siendo más que probable que éste fuera el punto de partida de su enfermedad.

El eminente profesor pretende que estos errores son debidos en su mayor parte á la tendencia que se tiene á diagnosticar de apendicitis las afecciones de la fosa iliaca derecha, solamente por la presencia del dolor, sin tener en cuenta el conjunto sintomático de la enfermedad, describiendo un cuadro clínico que no es el que frecuentemente vemos, y escogido ex profeso para defender mejor su causa; dejando en la oscuridad y sin describir los síntomas en conjunto ó el patognomónico de una de estas afecciones, la apendicitis ó la tiflocolitis muco-membranosa, que él conoce tan perfectamente, y con la que podríamos seguramente tomar entonces la determinación más conveniente para el caso.

No describe este cuadro, ni nos da el síntoma patognomónico de una ú otra afección, trazando en cambio un cuadro clínico con el cual, como ya he dicho, no solamente yo, sino los profesores que intervinieron en la discusión, entre ellos Paul Reclus y Richelot, no estuvieron conformes; y citaron el caso de un hijo de un médico de París, diagnosticado por su padre, fundándose en las doctrinas de Dieulafoy, de tiflocolitis muco-membranosa, teniendo en realidad una apendicitis, de la que murió por ser ya tarde cuando se pretendió intervenir.

De los once casos que el profesor Dieulafoy presenta para apoyar su tesis, y que, según él, son mucho más numerosos, el profesor Reclus recusa ocho por falta de demostración completa, siendo

solamente indiscutible uno. Además cita un caso en que diagnosticó tiflocolitis con apendicitis, y aconsejó la intervención, la que entonces no se practicó por oponerse Dieulafoy al rechazar el diagnóstico de apendicitis; este enfermo fué operado un mes más tarde por el profesor Jalaguier, que extirpó un apéndice enfermo.

Yo creo con Reclus que la apendicitis está unida á una afección del ciego, pero encuentro excesivamente raro el que un enfermo que haya tenido varios ataques de cólicos apendiculares tenga un ciego sano, fisiológico y funcionando normalmente. Creo que las apendicitis llamadas corrientes, no específicas, empiezan la mayor parte de las veces simultáneamente con una inflamación del ciego; que este intestino en pocos días cura, por su conformación y manera de funcionar, y que precisamente por la forma y funcionamiento del apéndice la afección, que en un principio fué común á estos dos órganos, se cantona en el apéndice, el que ya nunca más volverá á su estado fisiológico y no curará sino por su extirpación.

La opinión del profesor Dieulafoy en hacer dos afecciones completamente distintas y sin relación alguna de la enterocolitis y la apendicitis no puede ser más equivocada, y la observación de los enfermos nos demuestra lo contrario, siendo muy peligroso este diagnóstico de tendencia, el que seguramente dará lugar en más de una ocasión á abstenerse de intervenir en apendicitis más ó menos agudas, abstención que ocasionará la muerte del enfermo.

Por lo tanto, creo que los cirujanos debemos protestar de las observaciones del profesor Dieulafoy, mucho más cuando no nos da ese cuadro clínico de la apendicitis crónica diferencial de las tiflocolitis arenosas ó muco-membranosas, á fin de poder saber cuándo debemos abstenernos para no aumentar la legión de los *balafrés*, legión que no creo tan numerosa, pues los mal llamados cirujanos trabajan y estudian las patologías general y especiales tanto, por no decir más, que los mal llamados también médicos puros. No habiendo, por consiguiente, ocurrido ese gran número de errores diagnósticos é intervenciones innecesarias.

# UNA ESTACIÓN HELIOTERÁPICA

POR EL DR. E. MASIP
Inspector municipal de Higiene y Salubridad públicas de Madrid.

«El sol es el alcaloide de los alcaloides, el alimento de los alimentos y la alegría de la Naturaleza. Es la verdadera panacea.»

(*Dinamoterapia*, Dr. Forns, pág. 29, aforismo 7.°)

En un artículo anterior nos hemos ocupado del Instituto helioclimatoterápico «La Mantega», en Niza, donde su director, el notable Dr. Hamesse, practica actualmente la helioterapia por el método Malgat, y en éste nos ocuparemos del suizo Arnoldo Rikli, al cual podemos considerar como el iniciador del tratamiento helioterápico en toda su pureza.

FIG. 1.ª—Aldea de Veldes.

A mil pies sobre el nivel del mar, escondida entre las ondulaciones de los Alpes Julianos, no lejos de la masa dolmítica del Triglan y á orillas de un lago delicioso, se halla situada la aldea de Veldes, donde es practicada por el método Rikli la helioterapia á más de un vienés y á no pocos ingleses, rusos y yanquis neurasténicos, ataca-

dos de *surmenage* ó de otras dolencias, y donde encuentran, merced á este tratamiento, su curación.

El suizo Rikli tuvo la idea de experimentar los efectos de la luz, primero en sí mismo, y en los demás después. Por tal medio consiguió curarse de una afección pulmonar, hasta el punto de sentirse tan robusto á los sesenta años, que en mañanas brumosas hacía casi desnudo ascensiones á la montaña. Rikli estableció una clínica en Veldes de Carniole (Austria), y á los treinta años sus procedimientos se extendieron por toda Alemania.

Millares de personas consiguieron recobrar la salud en su clínica.

El método de Rikli se funda en las teorías de que «no hay vida sin aire, ni salud sin luz».

«No sólo respiramos por los pulmones, sino también por la piel, que contiene millones de vasos diminutos llenos de sangre sedienta de oxígeno y millones de nervios sedientos de luz.»

«Donde hay sangre debe haber aire; donde hay nervios debe haber luz. La luz del sol favorece la transformación de la materia, ó sea el proceso de la vida.»

«Otra influencia benéfica del baño de aire y de luz consiste en los cambios constantes de luz y de sombra, de calor y de frío de la atmósfera, por los cuales se estimula la piel, estímulo que no se queda limitado á la superficie del cuerpo, sino que se extiende, por medio de los nervios, á los órganos internos más remotos. Así, contra todas las teorías del sistema alopático, que convierten al estómago en víctima de sus esfuerzos, el sistema físico-hidrático ó helioterápico efectúa sus curas principalmente por la piel. Dejando los órganos internos en pleno desenvolvimiento fisiológico, les permitimos que funcionen y que reparen sus pérdidas sin ningún estímulo directo por parte del médico, pues la aplicación alterna del frío y del calor en la superficie del cuerpo produce efectos poderosísimos no sólo sobre la piel, sino, á través de ésta, sobre todo el organismo.»

«Millones de nervios periféricos centrípetos propagan las impresiones recibidas á los centros nerviosos y á los órganos vitales; millones de vasos capilares descargan por los poros de la piel las sustancias, verdaderas toxinas, con que están cargados, y llevan la sangre oxigenada al interior de nuestros órganos. No se necesitan drogas venenosas para producir una reacción saludable. La vitalidad de cada molécula crece, y con ella la fuerza del individuo.»

La vida que se hace en la aldea austriaca de Veldes es levantarse cuando amanece, haciendo ejercicio al aire libre, llevando la menor cantidad posible de ropa, reuniéndose en un paraje del monte los hombres, y en otro las mujeres, y allí toman el desayuno, que, como todo el régimen, consiste en leche y vegetales. Después de es-

te baño de aire en lo alto del monte, llevando, como queda dicho, la menor cantidad posible de ropas, desnudos de pie y pierna, se dirigen á tomar el baño de sol en la forma que indica nuestro grabado.

La galería de los baños de sol en una instalación helioterápica es un gran espacio abierto, protegido por todos lados, con paredes, del viento, orientado al Mediodía, en el cual los bañistas yacen tendidos, la mayoría sobre colchones, resguardados por caballetes, debajo de los cuales colocan la cabeza, evitando de este modo los rayos demasiado ardientes.

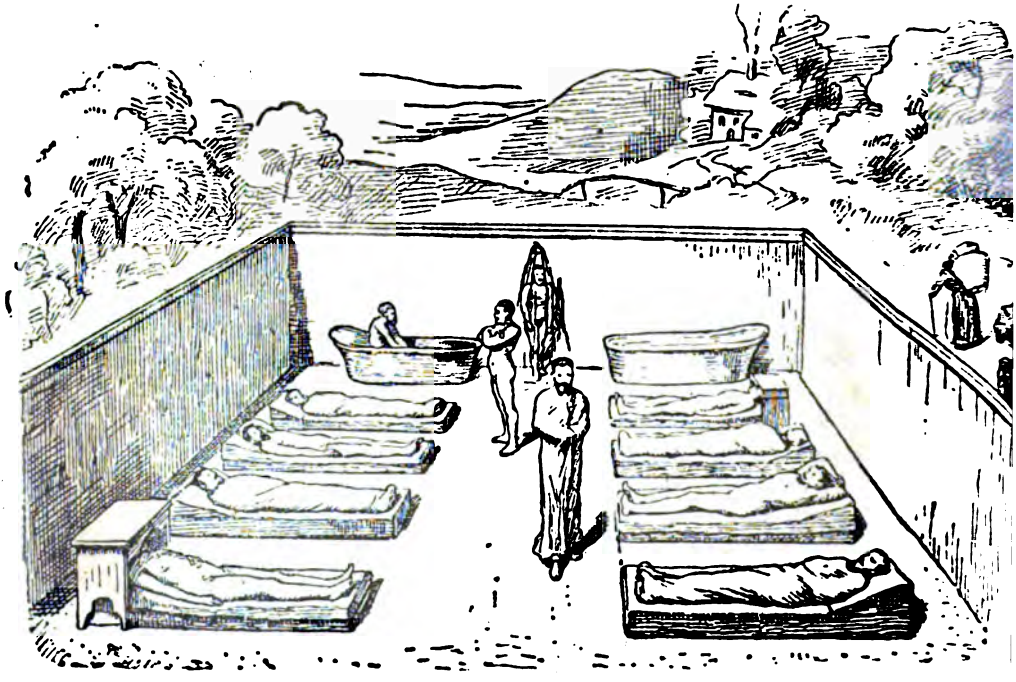


Fig. 2.ª—Galería de los baños de sol.

Cuando la luz del sol no es muy viva, entonces puede también el paciente exponer la cabeza á los rayos solares, caso de que no sea propenso á congestiones ó á otros fenómenos patológicos; cuando se lleva largo tiempo practicando la cura de luz, puédese exponer también la cabeza más ó menos tiempo á los rayos del sol, aunque éstos sean muy vivos, sin molestias subsiguientes. Las distintas partes del cuerpo se someten, en intervalos adecuados, á la luz solar.

Se está cinco ó diez minutos en actitud supina, luego un tiempo igual sobre el lado derecho, después se vuelve al sol la espalda, y, por último, se tienden sobre el lado izquierdo, volviendo luego á repetir lo mismo. El cuerpo, según cada individuo y según también la

temperatura de la luz del sol, la presión atmosférica, la higrometría, ozonización, el aire y el estado del viento, rompe en sudor más ó menos copioso. Los baños de sol vienen á durar, según la intensidad de la luz, de veinte á sesenta minutos, aunque hay, naturalmente, excepciones. Así, las personas muy débiles no llegan á estar, sobre todo al principio de la cura, ni el mínimum de tiempo dicho, en el baño, mientras que los de naturaleza fuerte pueden soportarle sin peligro hasta más de una hora.

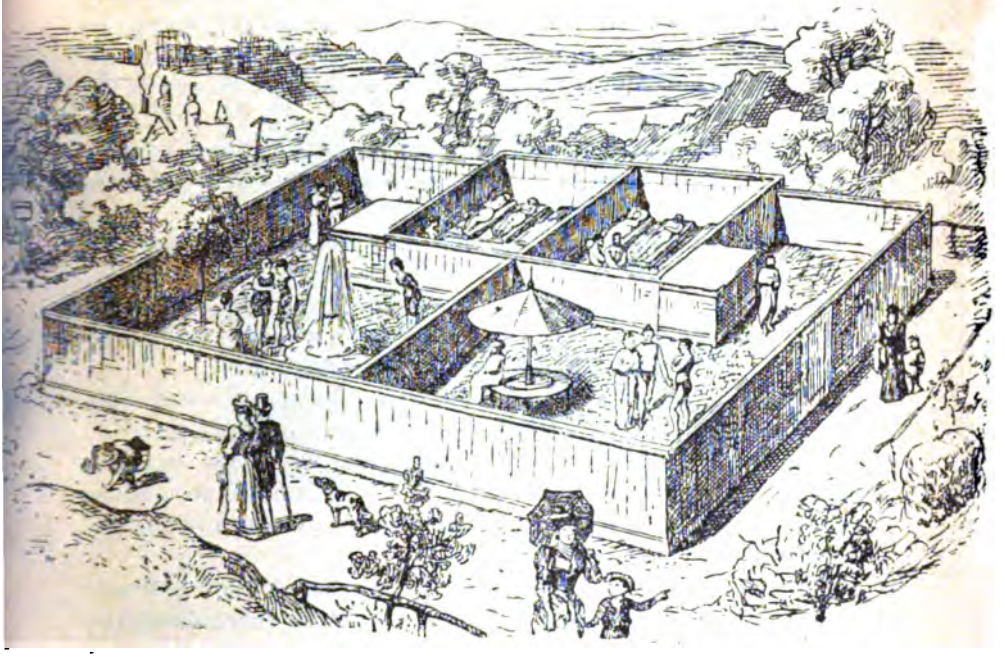


**Fig. 3.ª—Instalación helioterápica completa.**

También con frecuencia suele envolverse el cuerpo con cobertores de lana; pero, generalmente, sólo durante la segunda mitad del baño, no habiendo que decir que la transpiración es mayor teniendo el cuerpo tapado que si se tiene al descubierto. Sigue á estos baños una práctica refrigerante, un baño de medio cuerpo ó un baño de asiento, de temperatura gradualmente más fría, empleándose también con éxito las duchas Kneipp, seguido en ciertos casos de un buen masaje. Del placer que con estas refrigeraciones se siente, tras el baño de sol, cuando el cuerpo se halla caldeado y bañado en sudor, sólo puede juzgar quien alguna vez ha practicado como es debido un baño solar.

Gebhard, á instancias de Arnoldo Rikli, emprendió sus estudios

sobre la luz, diciendo de él: «Los éxitos curativos que presencié en Veldes fueron extraordinarios».

Lahman, hablando de este mismo asunto, nos dice: «Rikli merece que se le levante un monumento en vida».

Otterbein, en su interesante libro *La fuerza curativa del sol (El sol y la conservación de la fuerza)*, escribe: «Ciertamente, no habrá nadie que, leyendo sin prejuicios las prescripciones de Rikli, niegue su admiración al hombre que, resucitando con sagaz juicio un olvidado medicamento, lo ha puesto al servicio de la humanidad, de tantas enfermedades é infinitas miserias aquejada. El mérito de Rikli es tanto mayor cuanto que ni siquiera es médico, aunque yo no tendría inconveniente en declararlo médico por la gracia de Dios.»

Pero no bien se descubre un nuevo tratamiento empírico, surgen los arietes representantes de la ciencia y concluyen la obra que otros empezaron, dando á la misma la consagración científica.

Rikli, aunque hoy mismo no quieran reconocerlo algunos, ha contraído incalculables méritos para con la ciencia, é indudablemente pasará á la posteridad como fundador de una nueva y lozana rama en el arte de curar. Mas como nada de lo que hace el hombre sale perfecto, habrá mucho que variar en el método Rikli.

La idea fundamental no puede ser mejor; lo mismo ocurre con sus baños de sol, que han obtenido la confirmación de la ciencia, pero muchos de sus juicios personales no podrán resistir el examen científico; su método necesitará ser alterado en más de un punto, aunque en lo esencial, y en tanto el sol alumbre, constituirá un beneficio para todo el mundo civilizado.

Aunque los círculos académicos rehusan reconocer hoy la ilimitada virtud curativa del sol, día llegará en que se enorgullezca la ciencia de los triunfos alcanzados por la helioterapia. Entre los remedios de la Medicina, le está asegurado un hueco á este sistema.

G. Martín, en su tratado de curaciones por la luz (1), hablando de Rikli dice: «No quiero dejar de expresar al inventor de los baños de sol, al genial Arnoldo Rikli, una palabra de gratitud y amor por su humanitaria obra.

»Su nombre merece ser escrito en letras de oro en la historia de la Medicina. Cientos y miles de enfermos pronunciarán el nombre de Rikli con gratitud. Hales devuelto la vida y la salud á todos ellos con los baños de sol, cuyo método curativo, en su impulso inicial, se debe á Rikli.»

Este tratamiento, á pesar de las críticas de que ha sido objeto, por pretender volver al hombre casi á su estado primitivo, es lógico,

(1) Lichtkuren, Leipzig.

puesto que le pone en condiciones de que los agentes necesarios para la vida obren y reaccionen sobre él y le aparten de las modificaciones viciosas que la sociedad nos impone, y, por lo tanto, el médico debe no tan sólo permitirlo, sino que también aconsejarlo.

El hombre primitivo desconocía el suplicio del vestido; el sol y el aire inundaban su cuerpo desnudo, y no le aquejaron nunca, por esta causa, ni las enfermedades cutáneas ni las afecciones nerviosas que en la época presente predominan, desafiando todo sistema terapéutico.

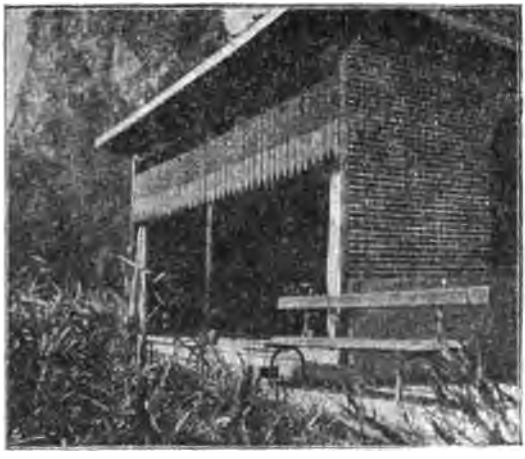


FIG. 4.ª

En nuestros días, á medida que se va estudiando el papel importante que la piel representa en el organismo, se van reconociendo los beneficios que reportan los baños de aire y de luz, que hoy se aplican en las principales clínicas y establecimientos médicos de Alemania y Francia.

Pero no hay que recurrir á éstos para gozar de los beneficios de un tratamiento que está al alcance de todos. En buena salud se deben tomar baños de sol con la mayor frecuencia posible, en la seguridad de obtener el vigor por recompensa.

Los animales, cuando tienen fiebre, comen poco; permanecen quietos en lugares obscuros, aireados, y beben gran cantidad de agua; y si padecen reumatismo crónico, pasan el mayor tiempo posible en los lugares donde da el sol.

El mismo orangután, cuando cae herido, corta su hemorragia con unas hierbas que conoce y masca, formando una cataplasma que aplica á la parte lastimada, la cual expone á los rayos solares.

Podemos decir que, de una manera casi instintiva, los médicos y los enfermos buscan esta acción favorable que en él organismo producen los rayos luminosos. El buscar como medio de salud los lugares colocados más al Mediodía no es debido sólo á lo más templado de la temperatura, sino á la acción ventajosa que la mayor cantidad de luz proporciona al organismo, produciendo efectos modificadores que la experiencia ha hecho ver son tanto más notables cuanto el cielo es menos brumoso y hay menos obscuridad.

Hoy día, admiten Bouchard y otros que las extremidades periféricas del sistema nervioso toman de las radiaciones solares elementos de fuerza que transmiten á los órganos, según sus necesidades, para las metamorfosis orgánicas. La impresión de contacto sobre las extremidades periféricas de los nervios centrípetos y la excitación fisiológica de ellos es transmitida á las regiones centrales y da lugar á reacciones dinamogénicas, esencialmente tónicas.

Para combatir las afecciones locales que en el curso de la cura solar pudieran presentarse, hácese uso de compresas de agua fría. Este procedimiento fué usado hace ya más de un siglo por Priesnistz, del cual se burlaban cuando friccionaba á sus enfermos reumáticos con agua fría; habiéndose demostrado hoy por Liebermeister y Frederic que la calorificación se aumenta por efecto de una mayor absorción de oxígeno y mayor desprendimiento de ácido carbónico, y que el corazón y el pulmón están necesariamente sometidos á un mayor esfuerzo, que es lo que da lugar á la reacción de defensa del organismo, aumentándose la tensión arterial, consiguiendo de este modo la sobrexcitación nutritiva.

Esta excitación por parte de la piel lleva su energía á los centros nerviosos, produciendo por reflexión los fenómenos intramusculares de endósmosis y exósmosis, y, por último, Brovighi en los animales, Winternitz en el hombre, han probado que se produce con las aplicaciones frías rápidas sobre la piel un aumento considerable de leucocitos, elevándose en muchos casos hasta el doble y el triple de la cifra normal fisiológica. Esta leucocitosis artificial se presenta á la media hora de aplicado este medio en el hombre, desapareciendo paulatinamente al cabo de dos horas, según han demostrado las experiencias realizadas por el citado autor.

Las curaciones obtenidas por la helioterapia son efecto de la acción de la luz y del aire más oxigenado y ozonizado, mas la luz es la que constituye la característica de este método.

El ideal para las personas de sensibilidad normal consiste en disponer de emplazamientos amplios, de espacios poco frecuentados del bosque, de praderas surcadas de arroyos, donde los enfermos tratados por este método pueden pasear largas horas disfrutando del placer de verse identificados con la naturaleza.

Es, en efecto, una delicia sentarse á merendar sobre la hierba ó el musgo, ó engolfarse en la lectura de un libro ameno, sin ser por nadie ni por nada turbado, mientras la brisa sopla dulcemente y los pájaros gorjean posados en las ramas de los árboles, cuyo follaje murmura sobre nuestra cabeza.

Al levantar los ojos del libro, la mirada se dilata hacia los lejanos horizontes ó se eleva soñadora al cielo diáfano y azul. Tales son las sensaciones de una vida paradisíaca que brindan las montañas de Veldes, y que todos pueden procurarse mediante el baño de sol y de aire.

Numerosos casos clínicos podríamos citar de curaciones debidas á la helioterapia; pero la índole de este trabajo nos hace desistir de ello, y sólo diremos que un distinguido ginecólogo de Madrid, que no por ser modesto es menos eminente, D. Luis Soler, ha curado su pertinaz dolencia reumática por este tratamiento más ó menos modificado.

---

## CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA

Por D. Rafael García de Arias

Del Instituto Rubio.

### XII

Saturnina Molina, natural de Miguelturra (Ciudad Real), veintiún años, sus labores, casada hace un año (el 24 de Mayo de 1905); no ha tenido abortos ni partos. No existen antecedentes hereditarios ni de familia; sus padres y hermanos viven en perfectísima salud. La suya tampoco ha sufrido menoscabo nunca, á excepción de la enfermedad que actualmente padece.

A los once años tuvo su primera regla, sin dolores, escasa y de cinco días de duración; las sucesivas, de iguales condiciones, aparecieron con regularidad, aunque algunas se adelantaron tres ó cuatro días.

Dos meses después de su matrimonio, ó sea hace diez meses, y sin causa á que poder atribuirla, comenzó su enfermedad, manifestándose *únicamente* por hinchazón de vientre; dos ó tres meses más tarde es cuando aparecieron dolores ligeros, no continuos, sino á ratos, que, localizados en ambos vacíos y región hipogástrica (entre el ombligo y el pubis), fueron haciéndose más violentos cada día, sobre todo cuando estaba en la cama.

No ha tenido, según ella dice, otros síntomas; ni vómitos, ni diarreas, ni fiebre, ni sudores nocturnos, ni dolor en las micciones.

Únicamente la menstruación en estos dos ó tres últimos meses ha durado ocho ó doce días.

El médico de su pueblo le ordenó tratamiento lácteo, con el cual perdió el apetito y su nutrición fué decayendo, desapareciendo asimismo sus carnes. En cambio el vientre fué reduciéndose de volumen poco á poco, pero continuando fuertes los dolores al mismo.

El 14 de Mayo de 1906 se presentó en la consulta de Ginecología del Institulo Rubio, y fué inscrita bajo el núm. 7.436. Reconocida por mí, pude apreciar lo siguiente: útero en ante-látero-versión derecha y descendido; el fondo de Douglas, ocupado por una tumoración nuciforme é inmóvil; la cavidad abdominal, llena de exudado líquido, al parecer enquistado; membranas de envoltura bastante flexibles; peritoneo parietal engrosado uniformemente, más en su mitad inferior; el volumen del vientre era, aproximadamente, el que corresponde á un embarazo de seis meses.

Formulé el diagnóstico de peritonitis tuberculosa de forma ascítica, y aconsejé la operación, aplazándola para cuando le pudiese dar ingreso en el Instituto; pero impaciente la enferma, y careciendo de recursos que la permitiesen aguardar, solicitó y consiguió entrar en el Hospital de la Princesa el día 25 de Mayo de 1906, ocupando la cama núm. 3 de la sala de Santa Teresa, á cargo del doctor Cospedal, donde fué diagnosticada igualmente de peritonitis tuberculosa.

25 de Junio.—Laparotomía por el Dr. Blanc, que me autorizó á presenciarla. La operación, como en casos análogos, se redujo á la abertura del abdomen, evacuación del exudado líquido—que en esta enferma era bastante escaso (casi todo el líquido peritoneal se había absorbido en los cuarenta y dos días transcurridos desde que la vi en el Instituto hasta la fecha en que se la operó)—y oclusión de la herida.

Reconocido con minuciosidad el interior del abdomen, vimos las lesiones que á continuación se detallan: peritoneo parietal engrosado uniformemente (tres á cuatro milímetros), duro; el espesor del peritoneo gradualmente aumentado hacia arriba, llegando á cinco centímetros en la comisura superior de la herida—de donde se extrajo con tijera un buen trozo para investigaciones histológicas y bacteriológicas;—puede ser que el grosor tan grande que tenía la serosa á esta altura fuera debido á la fusión de parte de las porciones inferiores del gran epiplón con aquélla y exudados tuberculosos (?). En esta enferma el enquistamiento del líquido casi era completo; la foseta peritoneal vésico-uterina estaba borrada; el fondo y pared posterior del útero hacían ligero relieve con las porciones uterinas de ambas trompas, un tanto engrosadas, formando el conjunto un bloque duro é inmóvil que ocupaba el centro de la gran

concavidad de la pelvis mayor, y sembrada aún (1) su superficie de granulaciones tuberculosas confluentes; las porciones libres de las trompas y los ovarios no se veían ni hacían ningún relieve por estar cubiertos totalmente y con simetría por una neomembrana gruesa que se continuaba por la concavidad sacra, promontorio y partes laterales, ocultando á nuestra vista el ciego y los colon ascendente, descendente y pelviano, que tampoco hacían eminencia alguna, pudiendo compararse el tercio inferior de la cavidad abdominal de esta enferma á la mitad de un quiste vacío, de paredes de unos cinco á siete milímetros de espesor, en cuyo fondo se viese un bulto trilobulado; la disposición de los intestinos delgados, análoga á la descrita en la explicación de la lámina núm. 2, sin más diferencia que algunas asas, muy pocas, de la parte posterior de la masa total de estos intestinos, aun no estaban soldadas entre sí ni cubiertas por la delgada membrana translúcida que envolvía las restantes; la extensa superficie de las serosas parietal y visceral que teníamos á la vista estaba como desgarrada, sangrante, de color rojo intenso, estriada y sembrada de bultitos blancos, de tubérculos reblandecidos con prolongaciones filamentosas muy finas; el abultamiento nuciforme y rugoso que ocupaba el fondo de saco de Douglas era un bloque formado por los dos ovarios y las porciones libres de las trompas, todo ello amalgamado por masas tuberculosas.

Con estos datos á la vista y lo poco acentuado de los trastornos funcionales locales y generales con que se ha desarrollado este proceso tuberculoso abdominal, podemos desde luego asegurar que esta enferma es de las que se hubiesen curado espontáneamente, sin necesidad de tratamiento ni farmacológico ni quirúrgico.

La paciente se encuentra muy bien.

Nota.—A pesar de la disposición—descrita más arriba—de los órganos que rodean á la vejiga de la orina, las micciones en esta enferma no eran dolorosas, cosa rara en verdad.

## XIII

Bernardina Vicente, diez y nueve años, virgen, natural de Torrelodones (Madrid), sirvienta y bien constituída, viene á consultar en Mayo de 1901.

Menstruó por primera vez á los catorce años, bien, y lo mismo ha continuado hasta el día.

---

(1) Digo aún, porque, regularmente, cuando el exudado líquido está enquistado no se ven tubérculos en las superficies de las serosas, por encontrarse en período de evolución fibrosa.

No tiene antecedentes patológicos relacionados con la enfermedad que sufre en la actualidad. Con respecto á ésta nos suministra los siguientes datos: que en el mes de Febrero de 1901 tuvo una bronconeumonía, de la que curó; poco tiempo después se le presentó una pequeña tumoración fusiforme en el tercio inferior del pliegue inguinal derecho, del tamaño de una avellana, dura y dolorosa á la presión; desapareció este bulto—que á mi juicio no podía ser más que una adenitis,—é inmediatamente echa de ver que se le va abultando el vientre con simetría y relativa rapidez, que tiene dolores y malestar continuo en él, que éstos se exacerban al andar; ligera fiebre por las tardes; comienza á enflaquecer, pierde el apetito; cada vez que come es tan grande la sensación de plenitud gástrica que siente, que la obliga á acostarse, y las digestiones son muy laboriosas; no tiene diarrea, ni presentan trastornos funcionales el aparato respiratorio ni el corazón; poca frecuencia de pulso y falta de reglas en los últimos tres meses.

Examinado su vientre, pude comprobar que la falta de tonicidad de sus cubiertas era grande; de ahí que fuesen flexibles y facilitasen las maniobras exploratorias; que éstas avivaban los dolores y la sensibilidad exagerada del peritoneo parietal, que estaba duro y engrosado con uniformidad; existía resistencia muscular; que dentro de la cavidad había exudado peritoneal líquido libre, y que los anexos uterinos, aumentados de volumen—el izquierdo más que el derecho,—formaban dos masas amorfas á ambos lados del útero, movibles, altas y como flotando en el líquido peritoneal.

En vista de los datos anamnésicos recogidos y de los signos físicos que revelaba el abdomen, diagnostiqué el caso de anexitis tuberculosa doble primitiva con peritonitis tuberculosa secundaria de forma ascítica.

Un jueves presenté á esta enferma en el Instituto Rubio, con el fin de que la viesen y reconociesen los profesores de él, y me ilustrasen con respecto al diagnóstico y tratamiento á que se debía someter esta joven, aunque yo tenía opinión sobre ambos extremos. Con efecto, fué reconocida por los profesores D. Eugenio Gutiérrez y D. Gerardo Abascal, y estuvieron conformes con mi diagnóstico, pero no mostraban la misma conformidad con la idea de intervenir en esta enferma, como yo proponía; sin embargo, el Dr. Gutiérrez me autorizó á que le diese ingreso en la clínica, como así se hizo al día siguiente. Esto ocurrió en el mes de Junio del mismo año 1901.

El venerable D. Federico Rubio, haciendo uso de las facultades que tenía como director del Instituto, me puso su veto para operar á esta enfermita, y me vi precisado á darle el alta á los quince días de haber ingresado.

Como esta joven se encontraba bastante enferma é imposibilita-

da para trabajar, se marchó á Galicia á descansar y poner en práctica el plan higiénico que yo le dicté, con el fin de ver si recuperaba la salud. Con efecto, cinco meses después vino á verme y consultar, y con satisfacción declaro que estaba gruesa, alegre; que el exudado peritoneal líquido se había absorbido por completo; que los dolores del vientre habían desaparecido; únicamente quedaba del extenso proceso inflamatorio sufrido el engrosamiento peritoneal y la anexitis bilateral, de la que estaba muy mejorada. Le aconsejé con insistencia que continuase haciendo la misma vida higiénica en el campo, en casa de sus padres, por bastante tiempo, porque si bien la mejoría de la enfermedad era tan grande que parecía una curación, era conveniente para llegar á ésta siguiese robusteciéndose con el descanso y la alimentación sobreabundante, para poder soportar después las rudas faenas del trabajo. Obedeció mis instrucciones al pie de la letra; logró curarse, y lleva tres años (1904, 1905 y 1906) dedicada al servicio doméstico y disfrutando de salud. En Mayo del año actual fué la última vez que la reconocí.

A esta enferma no se le prescribió ningún medicamento ni al interior ni para uso externo, ni tratamiento local alguno.

## XIV

Las incidencias de su diagnóstico me hacen recordar bien los detalles de su observación.

Fué en uno de los días de consulta del mes de Mayo de 1902, en el Dispensario de Ginecología del Instituto Rubio, cuando tuve ocasión de verla; hallábanse examinando la enferma á mi ingreso profesores y alumnos, y fuí invitado á reconocerla y dar mi juicio.

Sobre la mesa se encontraba tendida la que les había dicho llamarse doña Luisa A. y N., de cuarenta y cuatro años, natural de Durango (Vizcaya), casada; y referido haber tenido siempre buena salud, y cinco hijos y un aborto, nacido el último en 1898, desde cuya fecha comenzó con desarreglos constantes de las menstruaciones, que se hicieron frecuentes y desiguales, pues unas veces eran muy abundantes y otras escasas.

Su mal databa de pocos meses, y radicaba en el vientre, que progresivamente había ido aumentando de volumen, de modo uniforme, hasta hacerse grande, con desnutrición tan considerable que la había llevado á la hetiquez en que se encontraba.

Lo que tenía era hidropesía, para los médicos de Salamanca y Béjar, y para otros un tumor.

Esto era lo que había referido, y lo que por ganar tiempo no quisimos oir hasta después de explorarla, si eran necesarios tales

datos para la formulación del juicio y no bastaban los que nos diesen nuestros sentidos.

La exploración era sencilla, y una vez terminada, hube de manifestar á mis colegas que creía se trataba de una peritonitis tuberculosa de forma seca, sin embargo de ser la primera vez que tenía ocasión de ver un caso de esta naturaleza. El juicio de estos señores debía ser muy lejano del que yo presumía como cierto; en efecto, así era, pues opinaban que la enfermedad de doña Luisa eran quistes papilomatosos malignos de ambos ovarios, alegando en contra de mi juicio la edad de la enferma, sus partos, menorragias y metrorragias atípicas, el abultamiento del vientre en sólo ocho meses, acompañado de dolores, y los signos físicos recogidos por la exploración de éste, que en su entender eran claros y no se prestaban á dudas.

Vista la disconformidad tan grande que mediaba entre ambos diagnósticos, fuí de nuevo invitado por mis compañeros á que expusiera los fundamentos que tenía para hacer tal diagnóstico. Los expuse de esta ó parecida manera:

—A fin de hacer más rápido el reconocimiento, ignoraba los antecedentes que ahora ustedes me han dado; pero, aun sin ellos, tenía para juzgarla fímica peritoneal las razones siguientes: A la palpación el vientre es duro, tiene superficie lisa muy distendida y es dable percibir en su interior masas amorfas (?), duras, de volumen vario y bordes borrosos ó difíciles de precisar, que forman ó se hallan reunidas en tres grupos semejando tumores; de estos conglomerados el mayor ocupa el centro del meso é hipogastrio, y los otros dos, que no parecen independientes del primero, están alojados en los hipocondrios, que rellenan con elevación de los cartílagos costales, viniendo á tener los tres una disposición que recuerda la de una Y.

No existe la extensa zona de macicez que debería haber si se tratase de un quiste de tales dimensiones; no hay renitencia, no se percibe fluctuación, ni es dable comprender entre las manos la superficie lisa, esférica, uni ó multilobular, que dan á toda mano educada los tumores del útero ó sus anejos, consintiendo las más de las veces determinar sus límites con y aun sin la ayuda de la percusión, y estas razones hablan en contra de los papilomas.

En cambio el peritoneo parietal da la sensación de engrosado irregularmente, formando como plastrones; hay defensa muscular, y la exploración manual es dolorosa.

De otra parte, el examen vagino-abdominal permite ver que el útero goza de poca movilidad, porque la foseta útero-rectal está ocupada por tres masas duras del tamaño de nueces, de superficie desigual y rugosa, pero con sensación bien distinta de la que pro-

porcionan al tacto las de las verrugas papilomatosas, que la dan análoga á la de los cánceres en coliflor del cuello uterino.

Fúndase principalmente el diagnóstico de papiloma en los datos que acabo de consignar referentes al tacto combinado, y en que tocan todos un voluminoso tumor intraabdominal, con cubierta propia y contenido líquido, que confesamos ingenuamente no tocar.

La necesidad de adquirir datos nos ha llevado á interrogar la enferma, y dice que el proceso se ha desarrollado con fiebre, teniendo algunas veces diarrea y otras intensa neuralgia abdominal; que la enfermedad comenzó con acentuados trastornos gastro-intestinales, siendo de notar la anorexia pertinaz, los vómitos y la diarrea durante los cinco primeros meses, las fiebres vespertinas, los sudores nocturnos, los dolores en el vientre é hipocondrios y el adelgazamiento rápido; que ha mejorado algo en los últimos tres meses, sobre todo en la diarrea y la fiebre, que es menos elevada, pero subsistiendo los demás síntomas.

Confirma además nuestra apreciación la fiebre, puesto que el térmómetro marca 38° y décimas, y las peritonitis tuberculosas son calientes, en tanto que las neoplasias malignas son frías en el comienzo y aun en gran parte del curso de la enfermedad.

Y no dijimos más; pero ¿fueron estas razones suficientes para el convencimiento ajeno? Ciertamente que no, pues sólo un profesor admitió la posibilidad de que fuera una peritonitis fímica; los demás sostuvieron sus juicios.

Había un punto, sin embargo, en el cual la unanimidad era perfecta: en que debía ser tratada quirúrgicamente.

Y cuando creía que esto había de ser determinado de modo menos rápido por la enferma, vino aquella misma tarde á rogarme me encargara de su asistencia y operación, puesto que—en que había de ser intervenida—estábamos todos conformes.

Entonces me refirió que, además de los profesores que la habían visto en el Instituto Rubio, había sido reconocida en sus domicilios por otros tres cirujanos, que opinaron lo mismo que después los de la Moncloa, aconsejándola el primero de los que la vieron sobrealimentación, reposo y vida de campo, para que, mejorada su nutrición, pudiera ser operada con menos riesgo en Octubre, para cuya fecha la rogaba volver.

Y no he de ocultar que la conformidad de estas opiniones con las que antes había oído turbó mi ánimo y me llevó á pensar si no sería mío el error y ajeno el acierto, puesto que la unanimidad era garantía de la igualdad de sus impresiones y juicios y la competencia de todos me era bien conocida. Y estas dudas arrumbaron con mi decisión, y hube de proponer á la enferma su marcha al campo para reposición y vuelta al otoño siguiente, aunque pensando que,

si en realidad tenía la afección maligna diagnosticada, moriría antes de los cuatro meses que faltaban; y sucedió lo que no suele acontecer: que, con resolución definitiva, me dijo la paciente que, harta de tanto sufrir, deseaba ser operada en seguida y á todo trance, aunque muriese en la mesa de operaciones.

Y ante su decisión accedí á su ruego, interviniéndola el 17 de Mayo de 1904, en la casa de salud «Nuestra Señora del Rosario». A los primeros cortes de bisturí sobre la línea media, tropecé con una gran masa lardácea, friable y al mismo tiempo bastante consistente, rica en vasos de nueva formación y de color blanco-ceniciento deslustrado, en la cual masa no era posible diferenciar los caracteres anatómicos de las capas profundas que forman la cubierta del abdomen; cautelosamente continué ahondando sobre ella con el bisturí, y cuando llegué á unos cuatro traveses de dedo de profundidad sin conseguir abrir el vientre, cambié de técnica, y en el labio derecho de la herida, y en toda su extensión, fuí despegando con el dedo lo que me pareció que correspondía á la fascia profunda del peritoneo, y cuando tuve á la vista una pequeña superficie de éste, lo incindí oblicuamente en unos 6 centímetros; vi que estaba engrosado y sembrado de granulaciones tuberculosas, así como la superficie de las asas de intestino aglutinadas que me fué dable ver; cerré esta pequeña incisión con sutura continua con catgut grueso, y la extensa herida central con catgut grueso; la parte profunda y la superficial, con sutura entrecortada con hilo grueso de plata.

Cuando preparé á esta enferma la víspera del día en que la operé, le quité un pequeño pólipo fibroso por torsión del pedículo, que estaba implantado en la mucosa del cuello uterino y que era el responsable de los trastornos de la función menstrual que padecía, trastornos que contribuyeron á desorientar á algunos en el juicio diagnóstico, y pólipo de que nadie se dió cuenta al explorar el útero. Este día tuvo 39° por la tarde y subdelirio.

Los días siguientes á la operación continuó febril, con unas décimas por la mañana y grado y medio y dos grados en los recargos vespertinos. Al décimo día se le quitaron los hilos de sutura, y dilató un gran absceso profundo, del que seguramente saldrían 400 centímetros cúbicos de pus cremoso con grandes trozos de masas caseosas blancas, sangre y detritus de tejidos mortificados.

Al mes de operada salió del Sanatorio, y á principios de Agosto á su casa, llevando un pequeño foco supurante. En esta fecha casi habían desaparecido los bloques de exudados inflamatorios intraabdominales, menos los retrouterinos, en los que no se apreciaba influencia sensible de la operación.

En Octubre del mismo año vuelvo á encargarme de su asistencia, y consigo que el foco supuratorio se agote y cicatrice en definitiva

la herida, á los seis meses de haberse fraguado el absceso eliminador de los exudados sólidos del vientre. Transcurrieron aún dos meses en desaparecer *in toto* las masas duras que ocupaban el fondo de saco de Douglas, y en recuperar éste y el fondo de saco vaginal correspondiente su elasticidad y flexibilidad normales.

En este caso, la influencia de la incisión abdominal como auxiliar de la poderosa acción vital del peritoneo es por demás evidente; merced á ella los exudados inflamatorios incindidos por el bisturí se reblandecieron y fusionaron después, formando el grande absceso subdérmico, saliendo al exterior en forma líquida; dos meses después de operada no se tocaban durezas, y no quedaban ni vestigios de los tres grandes conglomerados de que hablamos más arriba, y que semejaban tumores; á los ocho meses puede aseverarse estaba curada de su proceso fímico peritoneal, sin que hubiese habido ninguna complicación por parte del aparato gastrointestinal (fenómeno inexplicable en esta forma de peritonitis), y sin el empleo de terapéutica farmacológica al interior ni de ningún antiséptico local en las muchas curas que se le hicieron en la herida abdominal infecta; la naturaleza, como siempre, cumplió como buena.

Continuó mejorando y ganando en fuerzas y peso hasta el mes de Agosto del año siguiente (1903), en que se anunció la invasión bacilar de los pulmones por una hemoptisis repentina que sufrió estando veraneando en Alicante.

A su regreso, en el mes de Octubre, pude comprobar la certeza de mis presunciones: el proceso tuberculoso había comenzado á desarrollarse en ambos vértices pulmonares.

Aconsejé al marido la pusiese bajo la dirección y asistencia del acreditado profesor D. Juan Manuel Mariani, y así lo hizo. No se escaseó ninguno de los medios aconsejados por la ciencia médica moderna para tratar esta mortífera enfermedad; el organismo de la enferma respondió bien al plan dictado: mejoró tanto, que se creyó en la posibilidad de su curación; ya no se medicinaba, y fué á pasar una larga temporada al campo. De vuelta en el mes de Octubre de 1904, se agrava repentinamente en el mes de Noviembre siguiente; el proceso tuberculoso pulmonar hace rápidos progresos; el desaliento más grande se apodera de su espíritu, y se niega á tomar los medicamentos que le prescribe el médico de su casa, y por fin se muere el día 23 de Diciembre del mismo año.

*Copia del análisis de un trozo de tejido patológico extraído del vientre de esta enferma, practicado por D. Antonio Mendoza.*— Del análisis histológico y bacteriológico de dicho producto resulta: estar constituído por tejido fibroso y areolar, en los cuales hay nódulos de células epiteliales y células gigantes características á una producción tuberculosa bastante extensa.

Del examen bacteriológico se comprueba, aunque en escaso número, la existencia de bacilos de Koch en los nódulos indicados.

*Copia del análisis de un esputo de la misma señora, practicado por el mismo profesor en 13 de Julio de 1904.*—Del estudio histológico y bacteriológico de dicho esputo resulta formado por moco-pus bronquial, predominando el mucus; hay bastante descamación de epitelio laringo-bucal, y en distintos preparados no se comprueba existan en él bacillus phymogenus que indiquen especificidad.

## XV

Consuelo T., veintidós años; se casó el 22 de Septiembre de 1903; á los diez meses de casada tuvo una niña, y es natural de Cazalegas (Toledo).

Esta enferma vino á consultar en uno de los primeros días del mes de Marzo de 1905. Estaba muy delgada, de color amarillo terroso, el vientre abultado y dolorido, febril, sudorosa, disneica y con andar pausado para evitar las repercusiones dolorosas en el abdomen. Examinado éste, presentaba los bloques diseminados característicos de los exudados inflamatorios secos de la peritonitis tuberculosa, pero sin formar grandes masas como las que corresponden á los tumores; el mayor elevaba la línea media en la región infraumbilical; el vientre abultaba como el de una embarazada de seis meses, estaba duro, muy tensa la piel; las regiones umbilical é hipogástrica eran las más abultadas; no había aumento de volumen ni en el hígado ni en el bazo; tampoco había líquido; las micciones eran frecuentes y dolorosas. El tacto vagino-abdominal ponía de manifiesto el engrosamiento y durezas del peritoneo pelviano, así como las masas de exudados amorfos que circundaban el útero, inmovilizándolo; éste tenía su longitud normal y estaba en ligera anteversión.

Véase el sencillo relato que hizo del principio, síntomas y marcha de su enfermedad. El 24 de Abril de 1904, estando en el sexto mes de su primero y único embarazo, tuvo por la tarde, y sin saber á qué atribuirlo, un importante acceso febril precedido de intenso escalofrío, al par que se le fijó un dolor muy vivo debajo del cartílago costal izquierdo, que se irradiaba al hombro homónimo y á la parte anterior y media del pecho y centro de la espalda, produciéndole fatiga y molestia grande: al mismo tiempo sentía dolor encima de la arcada pubiana. A las pocas horas rompe á sudar copiosamente; va decreciendo la fiebre hasta desaparecer; pero el síntoma dolor, aunque tolerable, persiste en las zonas mencionadas. A partir de esta fecha hasta dos ó tres días antes de dar á luz, ó sea durante setenta y tres días consecutivos, le da su acceso febril vespertino,

# Explicación de las láminas I y II

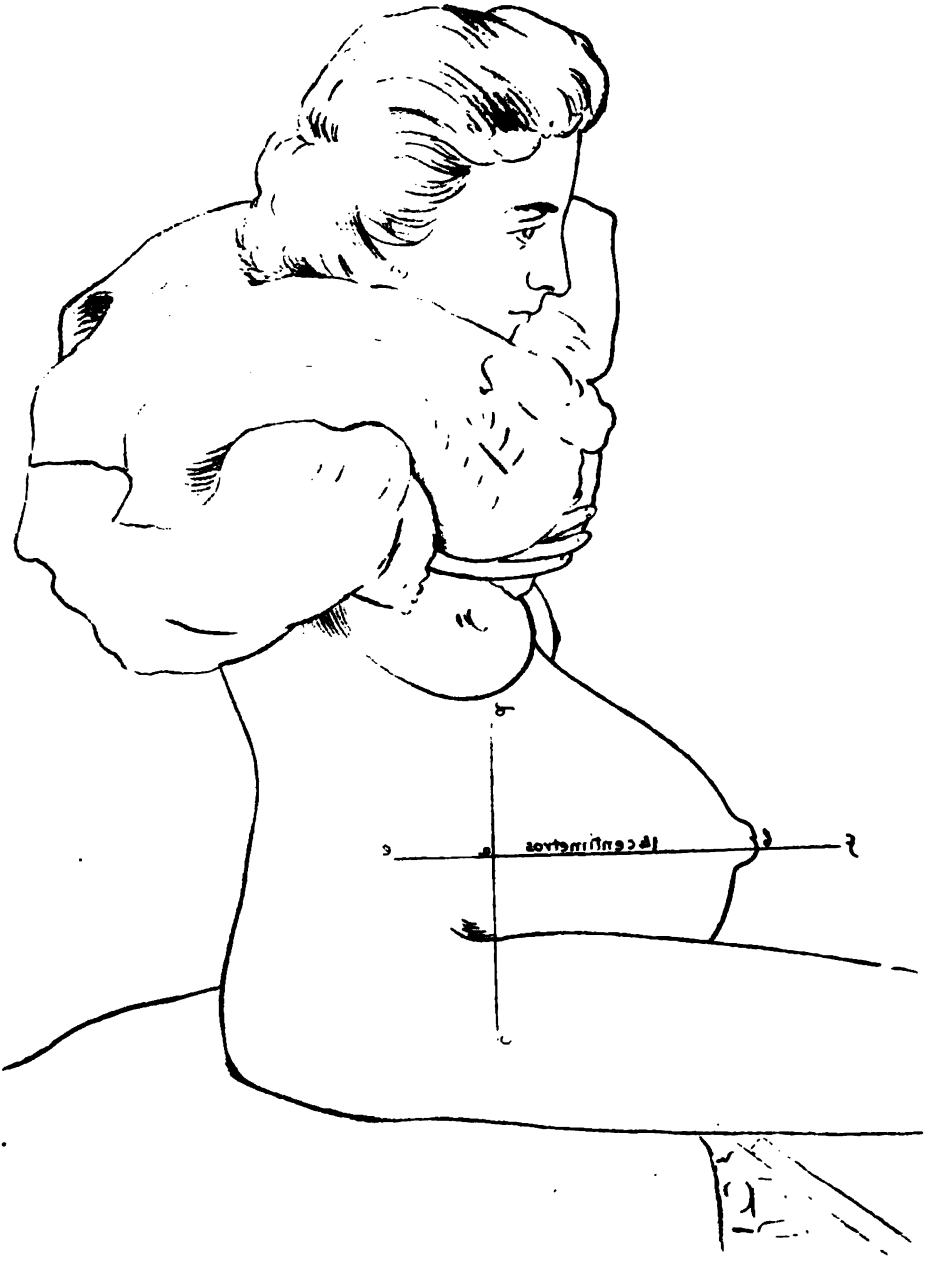
Hechas de fotografías tomadas de la enferma Modesta M. N. (caso núm. VII), sentada y acostada, para demostrar los cambios de figura de su vientre.

En las siluetas de éste se ve que la distancia que media desde el plano anterior del tronco hasta el plano tangencial del punto más prominente del abdomen, estando sentada la enferma, era catorce centímetros.

En decúbito supino, la misma medida era de tres centímetros; diferencia entre las dos: once centímetros.

Esta medida se toma de la manera siguiente:

Se coloca una persona á uno de los lados de la paciente; en una mano se sostiene una plomada colocada de modo que corresponda al plano anterior del tronco, y con la otra se aplica, tangencialmente, sobre el punto más saliente de la superficie curva del abdomen, una superficie plana de cartón ó madera; entonces, una segunda persona mide esta extensión con una cinta métrica de madera ó de metal.



UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN MATEO, LIBRARY

UNIV. OF
CALIFORNIA

d
f
b
3ctms.
a
e
c

a
b
c
d
e
f

JOSE BLASS Y CÍA. SAN MATEO 1, MADRID

Digitized by Google

á la misma hora, poco más ó menos, con sus tres estadios de escalofrío, calor y sudor; la temperatura, alrededor de los 40°; disnea y exacerbación de las neuralgias. Como es consiguiente, la enferma perdió el apetito, adelgazó considerablemente, no obtuvo ni siquiera alivio con el tratamiento por las sales de quinina á que la tuvo sometida el compañero que la asistía; el último mes de su embarazo tuvo edema en ambas piernas y pies, y por fin el día 11 de Julio da á luz una niña viva, robusta y en perfecto estado.

A los veinte días de haber parido se presentan de nuevo las fiebres vespertinas con su cortejo de síntomas, aunque no tan altas como anteriormente; echa de ver que se le hincha el vientre poco á poco, pero sin notar dolor en él; no hubo trastornos funcionales por parte del intestino. Esta nueva fase de la enfermedad duró cinco meses; el vientre, cuando llegó á adquirir el volumen del de una embarazada de cinco á seis meses, permaneció estadizo, y durante el último sintió dolores en el abdomen; después, ni dolores ni fiebre apreciable. Pudo criar á su hija los seis primeros meses.

A pesar de no existir síntomas por parte del aparato respiratorio y centro circulatorio, se exploraron, no encontrando más que aumento en el número de excursiones respiratorias y en el de latidos cardíacos; el pulso, pequeño y frecuente; fenómenos éstos que se observan en todo enfermo desnutrido—cualquiera que sea la causa de su desnutrición,—y que no contraindicaban la operación que le había sido propuesta. Las fiebres vespertinas eran de unas décimas, y á lo sumo de un grado.

No tiene antecedentes hereditarios esta enferma; y con respecto á los personales no pueden ser mejores sus referencias, puesto que, á excepción de dos enfermedades insignificantes que padeció en la niñez, de ordinario ha gozado de salud, y en la juventud hasta se la ha tenido por robusta. Su esposo es un joven robusto, dedicado á las rudas faenas del campo, y también sin antecedentes tuberculosos ni personales ni en su familia.

Se le dió ingreso en el Instituto Rubio el 17 de Marzo de 1905, y el 22 del mismo mes se le practicó la incisión abdominal media infraumbilical en una extensión de unos 15 centímetros, abriendo un pequeño ojal en el peritoneo—que estaba engrosado y friable—por desgarramiento con el dedo, con el fin de evitar la perforación de las asas de intestino delgado que estaban adheridas á él. Se despegaron éstas con gran cuidado, apoyando siempre el dedo contra el peritoneo parietal—única manera de evitar perforaciones intestinales,—y fué posible entonces dar á la incisión peritoneal la misma longitud que á la de las demás membranas de cubierta, y observar visualmente las lesiones intraabdominales que existían. Hecho esto, se cerró la herida con la sutura rápida de Jonnesco.

Poco puede decirse de las lesiones observadas, por lo pequeño que fué el campo descubierto; á los primeros cortes de bisturí, por la abundante hemorragia en sábana que daban los vasos, comprendimos que se trataba de un proceso inflamatorio—carácter peculiar de estos procesos, según Schröder;—la línea alba y el peritoneo parietal estaban engrosados por la infiltración inflamatoria, aunque fué posible diferenciarlos, como lo prueba el hecho de haber perforado este último con el dedo. Aconsejo el empleo de esta práctica en casos análogos, no por creer imposible la perforación de un asa intestinal con el dedo, sino porque me parece más improbable producir este accidente desagradable con el dedo que con el empleo del bisturí; en este caso concreto, de haber insistido en abrir el peritoneo con el bisturí, no una, sino tres asas intestinales hubiese perforado. Estas se encontraban íntimamente adheridas por exudados sólidos depositados entre sus intersticios y huecos, formando distintas masas tumorosas, y las dos ó tres que nos fué posible ver, adheridas flojamente al peritoneo parietal; la serosa de las asas intestinales, sembrada de granulaciones tuberculosas diseminadas.

El éxito operatorio fué completo: á los veinticuatro días de operada se le dilató un pequeño absceso subcutáneo, correspondiente á una de las picaduras de la aguja de la comisura inferior de la herida. El 18 de Abril salió del Instituto para su casa, con su pequeño foco de supuración. Se le dictó plan higiénico y farmacológico apropiados.

Cuando se marchó á su casa, ya apreciamos que se habían reabsorbido en parte los exudados inflamatorios; las paredes del vientre eran más flexibles; pero esta mejoría local era más evidente en Enero del año actual, en que vino á vernos; no se tocaban exudados sólidos á través de las cubiertas abdominales, que tenían su elasticidad normal; la exploración no despertaba dolor; el útero era movible, y el suelo peritoneal estaba libre de durezas y exudados; en una palabra, podía dársele por curada de su extenso proceso tuberculoso peritoneal; su estado general, en armonía con el local.

30 Septiembre 1906.—Reconocida hoy con gran detenimiento, podemos consignar que sus aparatos respiratorio y circulatorio gozan de integridad anatómica y funcional; otro tanto puede decirse del aparato digestivo; ha ganado en peso, y se dedica de lleno á las faenas agrícolas; nada hay que recuerde haya padecido una peritonitis con abundantes exudados sólidos; por último, el absceso subcutáneo—quizás en comunicación con los exudados fibrino-plásticos intraperitoneales—terminó de supurar y cicatrizó definitivamente á fines de Febrero de este año, ¡un año después de haberse formado!

## XVI

A principios del verano de 1904 vino á verme un colega amigo que ejerce en uno de los pueblos de la provincia de Jaén para que examinase á una hija suya, soltera, de diez y nueve años, y que haría unos ocho meses venía padeciendo de tuberculosis pulmonar, tratada desde sus comienzos por nuestro amigo y compañero D. Fidel Alvarez Ochoa, residente en Jaén. En los últimos cuatro meses fué poniéndose duro, doloroso y aumentando gradual y progresivamente de volumen su vientre hasta adquirir el de una mujer en cinta de seis á siete meses; y como la enfermita adelgazó mucho con motivo de esta complicación peritoneal y de las hipertermias vespertinas que la acompañaban, decidieron sus padres, en inteligencia con D. Fidel, el traerla á Madrid para, si su estado lo permitía, ser tratada quirúrgicamente.

Examinada por mí, desgraciadamente pude comprobar la exactitud del diagnóstico formulado por mis compañeros: se trataba de un proceso tuberculoso de ambos vértices pulmonares poco extenso y profundo, pleuritis y peritonitis de la misma naturaleza, con gran cantidad de exudados fibrino-plásticos en la cavidad abdominal y algo de exudado líquido, tal vez enquistado, á la izquierda de la línea alba y al nivel de la cicatriz umbilical. El estado general de la paciente dejaba mucho que desear: muy delgada, con sudores abundantes, gran postración, fiebres altas (oscilaban entre 38 y 39° por las tardes), mucha disnea (40 á 50 excursiones respiratorias por minuto), pulso pequeño y frecuente, alrededor de 120 pulsaciones, y grandes dolores al vientre.

Hice presente á mi comprofesor que, según la experiencia de Galvani en 134 operados, de Legueu en 151, de König en 131, y de otros, no existe contraindicación formal para la incisión abdominal más que en los casos de brote granúlico pulmonar, de enteritis tuberculosa grave y de tuberculosis renal doble y *verdadera;* que en el caso de su hija, que había estado sometida durante ocho meses consecutivos á un tratamiento higiénico y médico muy sabio, que respondió muy bien los tres primeros meses, haciendo concebir gratas esperanzas, y que después todos los trastornos funcionales ya descritos sufrieron una agravación gradual y progresiva, existía indicación de las más justificadas para la laparotomía, toda vez que él sabía muy bien que enfermos tan graves como su hija, que habían resistido al tratamiento médico, se habían curado como por encanto inmediatamente ó algunos días después de la incisión abdominal.

No se practicó investigación histológica y bacteriológica de esputos porque la enferma no expectoraba nada.

Con la aquiescencia de sus padres y de la interesada, la operé en uno de los días de Julio de idéntica manera y con las mismas precauciones que las que observé con la enferma de la historia anterior, evacuando unos cien gramos del contenido líquido, de aspecto oleaginoso, turbio y muy denso, de la pequeña colección enquistada situada en el sitio mencionado más arriba, y que no podía ser más que resultado de la liquefacción de parte de los abundantes exudados sólidos que contenía su vientre. Se operó con la mayor rapidez posible por el estado de la enferma.

La tarde del día de la operación y la mañana siguiente las pasó sin novedad y con relativo bienestar. En la tarde del segundo día sintió intenso escalofrío seguido de fiebre de 40°, que le duró unas ocho horas; á las doce de la noche estaba apirética.

Tercer día.—El vendaje se encontró manchado de abundante exudado líquido sero-sanguinolento y puriforme; lo levantamos, y vimos que, á apesar de haber cerrado la herida en toda su extensión, por entre dos puntos de la comisura inferior de la misma se habían buscado salida los exudados líquefactos de la cavidad abdominal, fluidificación iniciada ya antes de ser operada; se la curó y puso nuevo apósito y vendaje.

Toda la mañana y las primeras horas de la tarde estuvo bien y apirética; pero lo mismo que el día anterior, y á la misma hora poco más ó menos, fué acometida de violento y prolongado escalofrío; á continuación se elevó la temperatura, llegando á marcar el termómetro 41°; se inició el descenso en las primeras horas de la noche, llegando á la apirexia en la madrugada del

Cuarto día.—La depresión profunda de fuerzas que siguió á este segundo acceso febril nos obligó á emplear las inyecciones masivas de suero de Hayem é inyecciones estimulantes del centro circulatorio; todo fué inútil: continuó agravándose por momentos, y á las tres y media de la tarde de este día dejó de existir, setenta y siete horas después de operada.

*(Concluirá.)*

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Cirugía del aparato digestivo.

*Tratamiento quirúrgico de la gastroptose*, por Fréderic Eve. (*The British Med. Journal*, 7 Abril 1906.)

La gastroptose se asocia casi siempre á la enfermedad de Glenard, pero existe también aislada por consecuencia de la relajación de los ligamentos suspensorios del estómago, el ligamento gastro-frénico y el epiplón gastro-hepático en particular, acompañando aquél á la caída del hígado.

No es rara, y se observa, sobre todo, en las mujeres atacadas de dispepsia crónica con neurastenia y adelgazamiento progresivo.

Al examen se encuentra la pequeña curvadura al nivel y aun por debajo del ombligo; estos signos son independientes de la caída del riñón, porque persisten después de la nefropepsia. Se ha cometido el error inverso, y F. Smith ha visto dos sujetos atacados de gastroptose aliviados por completo por la fijación del riñón.

Para remediar los graves trastornos de la digestión consecutivos á la ectasia gástrica y descenso del estómago, Eve ha combinado la operación siguiente: Al abrir el abdomen se encuentra la pequeña curvadura á pocos centímetros por encima del ombligo, apareciendo el epiplón menor por debajo del hígado, sin que haya dilatación real del estómago; es necesario, por tanto, elevar fuertemente el hígado, como en las operaciones sobre la vesícula biliar; se puede entonces sucesivamente coger con hilos de seda la pequeña curvadura de un orificio al otro y suturarla, con cinco ó seis puntos espaciados convenientemente, á las ataduras mismas del epiplón menor, pasando los hilos á través de la sustancia hepática. De este modo la gran curvadura se eleva hasta por encima del ombligo, debiendo fijarse el hígado si se teme su descenso ulterior; el lóbulo izquierdo puede ser fijado solo, sin tocar el izquierdo para abreviar las maniobras; el resultado es también beneficioso.

Este modo de fijación es un progreso sobre el que consiste en fijar sobre el epiplón gastro-hepático mismo, por lo demás muy adelgazado, el órgano descendido (operación de Beyéa). Eve cree importante no hacerlo á la pared abdominal anterior, como lo hace Duret (de Lille), para no dificultar la motilidad del estómago, creando una fuente de sufrimientos.

*Tratamiento de la perigastritis adhesiva por úlcera del estómago*, por el Dr. Jeanne. (*La Normandie Médicale*, 1 Junio 1906.)

Se concibe fácilmente la dificultad de diagnosticar la perigastritis, y que no cabe pensar en un tratamiento quirúrgico sistemático. La intervención no será exigida casi siempre por un diagnóstico preciso, sino por un trastorno funcional importante; siendo lo necesario saber, no cómo se ha de operar, sino si es necesario operar.

Ante todo es necesario someter los enfermos á tratamiento médico, para atenuar ó hacer desaparecer los trastornos: reposo en el lecho, hielo sobre el epigastrio, régimen lácteo exclusivo ó dieta hídrica. Si las crisis se repiten, si los dolores y los vómitos continúan y si la alimentación es insuficiente, es necesario no esperar para intervenir á que la vida del enfermo esté en peligro.

La sínfisis gástrica es tributaria, según los casos, de tres modos de intervención: la gastrolisis ó liberación del órgano, la resección de la úlcera y la gastroenterostomía, operaciones que pueden, además, combinarse.

El principal inconveniente de la gastrolisis es la reproducción posible de las adherencias que obligue á reoperar; el procedimiento más seguro para impedir esta reproducción es la peritonización de las superficies sangrantes, que se obtiene acercando y suturando los bordes de cada una de ellas; á este efecto se hace una gastroaplicación: se pliega ó se despega el peritoneo parietal; se podría también utilizar el epiplón mayor ó menor, según el asiento de la adherencia.

En un caso Jeanne ha empleado con excelente resultado el injerto epiploico á distancia. Se estaría también dispuesto á aplicar el colon transverso sobre una parte denudada del estómago, pero siempre conservando á ambos órganos movilidad suficiente. Con frecuencia la peritonización es impracticable si las superficies cruentas son demasiado extensas. Schwarz habría impedido el retorno de los accesos dolorosos y quizá la reproducción de las adherencias por la insuflación repetida del estómago.

Las adherencias posteriores, si no son laxas, son difíciles de tratar; por fortuna, los escasos trastornos que ocasionan obligan raramente á intervenir. Sin embargo, el cirujano está obligado á ocuparse de ellas en el curso de una intervención. Jeanne cree que en este caso es mejor buscarlas, levantando el estómago, á través del mesocolon transverso, detrás de los arcos vasculares, como si se practicara una gastro-enterostomía posterior.

Antes de toda tentativa, es útil palpar bidigitalmente, introduciendo un dedo por el hiatus de Winslow ó por encima de la pequeña curvadura; el otro en la cavidad posterior por una brecha mesocóli-

ca ó gastrocólica, á fin de apreciar el espesor, la resistencia y la extensión de las adherencias. Si se ha podido despegar lo adherente, la pared gástrica puede ser bastante delgada para perforarse los días siguientes; en este caso será necesario reforzar los puntos dudosos por suturas y drenar la cavidad posterior de los epiplones. En todos los casos es necesario seguir con la vista los progresos del despegamiento, á fin de ver con claridad lo que se hace.

---

*Torsión de un asa intestinal en una cavidad herniaria de la pared abdominal, consecutiva á la ablación del apéndice. Muerte rápida por estrangulación*, por A. Amblard. (*Archives Générales de Médecine*, 24 Julio 1906, núm. 60.)

Cuando un sujeto, portador ó no de una hernia irreductible, presenta cierto número de signos, vómitos, supresión de la expulsión de las materias fecales y gases, dolores abdominales, la posibilidad de un estrangulamiento herniario ó interno acude en seguida al espíritu, se teme una peritonitis fatal, y, como consecuencia, se trata de suprimir lo antes posible la causa: acodadura, brida, torsión del intestino, etc. Nunca depende la vida de un enfermo tanto de la habilidad diagnóstica y quirúrgica como en este caso, y en presencia de tales síntomas ninguna duda es perdonable. La dificultad es más grande cuando el enfermo se presenta con una hernia vuelta progresiva ó súbitamente irreductible, y en que los fenómenos coexistentes, dolores, vómitos, detención de materias, persisten después de la reducción de la hernia por taxis. Dos casos son posibles: ó bien la hernia coexiste con un estrangulamiento interno desconocido, ó, rechazada en masa en el abdomen, continúa el agente de la estrangulación cumpliendo su obra nefasta.

El siguiente, terminado por muerte, fué de grandes dificultades, tanto bajo el punto de vista sintomático como en el de mecanismo:

F. P., de sesenta y seis años, parece gozar de buena salud, anda sin ayuda y sólo se queja de ligeros dolores abdominales de dos días antes. Se observa la cicatriz operatoria consecutiva á la ablación del apéndice, y en este sitio un tumor superficial, alargado, insensible á la presión, con algo de gorgoteo; no es reductible. Se diagnostica: hernia intestinal á través del orificio de la pared consecutivo á la apendicectomía. El tumor no es reciente, y lleva braguero para reducirlo. Data de dos años y es habitualmente reductible. Aunque á veces hay dificultades para llevarlo á cabo, la última reducción databa de la misma mañana; sólo tenía algunos dolores pasajeros que comenzaron tres días antes, de escasa intensidad; no hay náuseas, ni vómitos, ni constipación; el pulso, 75 por minuto, bueno, regular; la cara, excelente; el vientre, sin timpanismo, dibujo de asas ni re-

sistencia á la presión, que es muy poco dolorosa; nada en ningún otro órgano ni aparato.

Puesto en observación, permanece estacionario; la hernia se reduce con la más ligera presión. Temiendo la reducción en masa, se piensa en confiarle al cirujano, pero por la ausencia de todo signo y el buen estado, se cree un deber esperar, aconsejando atenta vigilancia y avisar á la menor alteración, sobre todo vómitos.

Al día siguiente avisan á las siete y media de la mañana: vomita unos 150 c. c. de líquido verde negruzco; en seguida aparece el coma con estertor traqueal; el pulso se hace imperceptible, y muere en algunos minutos.

La autopsia demostró había peritonitis generalizada con gangrena intestinal tan acentuada, que dió la certeza de que una operación practicada horas antes no hubiera podido curarle. Había una cavidad subcutánea (con orificio de la pared muscular en la cicatriz) redondeada, oblicua hacia abajo, adelante y adentro, con un fondo de saco superior y otro inferior.

El intestino, verdoso en su mayor parte, estaba completamente gangrenado al nivel de la inserción del mesenterio, en una extensión aproximada de 20 centímetros, habiendo sufrido una torsión sobre sí mismo; no había agente estrangulante, sino un espesamiento del mesenterio entre los dos puntos terminales del asa torcida y encerrada en el orificio de la cavidad herniaria, de la cual el intestino moldeaba la forma con exactitud.

¿Cuál había sido la marcha y qué mecanismo determinó la peritonitis? ¿Vólvulus? ¿Estrangulación? Es difícil la explicación cierta; probablemente las dos.

El tumor era antiguo, á veces irreductible, sin accidentes graves, y es probable que tuviera lugar la torsión intestinal en el saco, que desaparecía en la reducción, hasta la última vez, que no tuvo lugar así, dando lugar á la gangrena.

Es necesario insistir sobre la latencia absoluta de los accidentes peritoníticos, aun buscándolos, y no sobre un sujeto debilitado y medio inconsciente, sino en un sujeto, aunque viejo, de excelente salud y vigor excepcional. No había ningún signo de obstrucción brusca y peritonitis; nada de timpanismo; dolor insignificante, que la presión sobre el pedículo no exageraba; falta de vómitos hasta la agonía, que no duró más de cinco minutos; ausencia de constipación absoluta (la misma mañana había movido el vientre); en fin, la temperatura, el pulso y la facies no presentaban ninguna modificación.

Y la latencia posible de esta peritonitis merece ser señalada, aunque en casos semejantes la intervención que pudiera intentarse no pudiese muy probablemente pretender salvar la vida del enfermo.

---

*Rotura del esófago por traumatismo externo*, por Howard E. Lomax. (*Med. Record*, núm. 885, 1906.)

Se ocupa de las roturas completas del esófago en vida, dejando las demás que han sido tratadas con frecuencia en la literatura (rupturas secundarias á deglución de objetos vulnerantes, dislaceración por balas).

La ruptura por traumatismo externo es muy rara, á causa de la posición y flexibilidad del esófago, por lo que cada caso reclama una descripción cuidadosa.

En la observación de Lomax se trataba de una mujer de cuarenta y cuatro años, que tuvo todo el cuerpo cogido entre una trampa y un muro de ladrillos, habiendo sido la compresión tan violenta, que la trampa había volado en astillas. No se comprobó al principio más que contusiones múltiples, un tinte cianótico de la cara, y desgarraduras cutáneas, en particular sobre el vientre; los ruidos del corazón eran normales, aunque débiles; el número de respiraciones, aumentado; se quejaba sólo de dolores en la región mamaria izquierda; no había fractura de costillas. Horas después del accidente, la enferma se sentó en una silla, á pesar de tenerlo prohibido, y se hizo servir caldo y leche; poco después se la encontró con la cara ansiosa, presa de violentos dolores en el lado izquierdo; respiración, 60; pulso, 160; observándose que los movimientos respiratorios estaban exagerados á la derecha y disminuídos á la izquierda; la punta del corazón no estaba desplazada; había macidez en la base del costado izquierdo, variando su límite superior con los cambios de posición, con abolición del murmullo vesicular, suplencia derecha y crepitación superficial en la región ilíaca correspondiente.

Sin sospechar la rotura esofágica, é ignorando también la ingestión de líquido, se pensó en una hemorragia en la cavidad pleural derecha: la muerte sobrevino á las once horas del accidente; fuera de los dolores no hubo vómitos, y tosía muy poco antes de tomar el alimento; el accidente aconteció dos horas después de su desayuno. En la autopsia, hecha por Mac Stanton, se encontró en la cavidad pleural derecha 500 c. c. de líquido teñido de sangre; y en la izquierda, 1.100 c. c. de líquido negruzco teñido de amarillo; en el mediastino posterior, delante de la aorta descendente, á dos centímetros por encima del diafragma, había una desgarradura de forma irregular y dos centímetros de diámetro que se abría en la cavidad pleural izquierda, vertiéndose de ella una materia semejante á la que ésta contenía; una sonda se hundía por esta abertura en el cardias, de una parte, y en el esófago, de otra; en el tejido pelviano retroperitoneal había exudados sanguíneos, estando el hueso de la

pelvis fracturado en tres puntos, sínfisis y región sacro-ilíaca; diagnóstico anatómico: rotura traumática del esófago con salida del contenido gástrico en la pleura izquierda.

Como consecuencia de este caso, fueron hechas numerosas disecciones en el Albany Medical Colegio para determinar el mecanismo de la rotura. Se encuentra otro caso en la literatura, producido por compresión del tórax (Raimondi, 1887). Whiphan observó otro en un hombre por caída de caballo. El mecanismo no fué dilucidado, porque el estallido del esófago distendido por compresión sobre las vértebras no está demostrado. La influencia del vómito estando el estómago lleno es una conjetura posible, aunque de todos los casos conocidos concuerdan; el diagnóstico es hecho rara vez en vida; se tendrá cuidado de no confundirlas con las roturas por reblandecimiento cadavérico.

El tratamiento consistirá en calmar el dolor y alimentar por vía rectal. La cirugía moderna del mediastino, mostrando que el tórax puede ser abordado por sus caras anterior y posterior, por otras causas que para quitar cuerpos extraños del pulmón y los bronquios, da la esperanza de que la intervención pueda ser intentada con felicidad. La toracotomía posterior convendría en especial á las roturas del esófago: se encuentra una descripción en la operatoria de Sugery de J. D. Bryant, 1903, que contiene también detalles sobre la operación de Curtis; pero el problema es complicado: el estado alarmante de los pacientes, la dificultad de conocer el asiento de la desgarradura, los riesgos de la hemorragia, son tan temibles como el colapso pulmonar durante la operación; por último, la rotura asienta con frecuencia en el tercio inferior, y, según Bryant, la operación por debajo de la novena vértebra dorsal no está justificada á causa de la dificultad de descubrir el esófago.

R. L. y Yagüe

---

## Ginecología.

*El tratamiento de la peritonitis séptica difusa*, por Robert G. le Conte. (*Annals of Surgery*, núm. 158, 1906.)

En este trabajo, al que sirven de motivo 29 casos de peritonitis generalizada tratados por el método de Murphy, con una sola defunción, describe el autor con todos sus detalles la técnica más racional para combatir esta terrible complicación de multitud de lesiones del abdomen. Estos detalles se reducen á lo siguiente:

1.° Una vez abierto el vientre, desembarazarse de la causa que ha determinado la peritonitis (perforación intestinal, apéndice gangrenado, piosalpinx roto, etc.), procurando tocar lo menos posible el peritoneo para no destruir los exudados linfáticos que en su super-

ficie se hayan formado, y que sirven de capa protectora contra la absorción de sustancias tóxicas.

2.° Establecer un doble desagüe: el superficial, amplio, á través de la herida laparotómica, y el profundo, pelviano, por una incisión suprapubiana, á fin de que, colocando á la operada medio sentada, los líquidos contenidos en la cavidad peritoneal sean arrastrados á las partes más declives, y si de este modo se acumula líquido suficiente para llenar el tubo profundo, una parte de este líquido sea expulsada al exterior por el esfuerzo representado por la acción del diafragma en cada respiración; pues no importa tanto la cantidad total de líquido contenido en la pelvis como la extensión de la superficie peritoneal que esté con él en contacto.

3.° Suprimir todas las maniobras que no sean indispensables, pues de este modo la anestesia es más corta, los peligros del colapso menores y los vómitos menos frecuentes.

4.° Colocar la operada en la posición de Fowler, medio sentada, por las ventajas que ofrece para el desagüe.

5.° Administrar durante las primeras horas que siguen á la operación una inyección lenta de agua, pero continua, por el recto, de modo que se absorba á medida que va entrando el líquido en el intestino, y dure una hora, por ejemplo, la absorción de un litro colocado en un irrigador provisto de un tubo de caucho y una cánula con varios agujeros alojada en el recto. El irrigador sólo debe elevarse algunos centímetros sobre el nivel de la cama.

Según el autor del método, el líquido absorbido por el recto, además de estimular el corazón y los riñones y aumentar la diuresis, con lo cual se eliminan las toxinas que hayan invadido el torrente circulatorio, produce un cambio en la corriente linfática peritoneal que hace que los poros linfáticos viertan líquido sobre la superficie peritoneal, que después pasa á la pelvis, de donde sale por el tubo de desagüe suprapubiano.

6.° Debe someterse la operada á dieta absoluta, con el fin de evitar todo movimiento peristáltico que pueda diseminar los productos tóxicos por el peritoneo; aparte de que basta la absorción de grandes cantidades de agua por el recto para sostener á la enferma durante los primeros días, pudiendo, en caso necesario, recurrir á las lavativas alimenticias.

---

*Un nuevo método de narcosis mixta (hedonal-cloroformo)*, por el Dr. L. Mellie. (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Julio 1906, p. 68.)

El *hedonal Bayer* ó metil-propil-carbinol-uretano, cuyo radical etílico es sustituído por un residuo de alcohol pentílico, es un medicamento hipnótico que se ha venido asociando desde 1901 al cloro-

formo para producir la anestesia sin los inconvenientes que en algunos enfermos produce la simple cloroformización.

El Dr. Meille, ayudante de la Clínica Ginecológica Pinna-Pinto, de Turín, ha empleado esta narcosis mixta en 27 operaciones, y en su trabajo se ocupa extensamente de la historia de este método, de sus ventajas y de la técnica que ha seguido, y es la siguiente:

De una á tres horas antes de comenzar la cloroformización se coloca á la enferma que ha de ser operada en una habitación aislada, medio á oscuras, y se la deja perfectamente tranquila, después de haberle extraído la orina y de haber ingerido dos gramos de *hedonal Bayer* en polvo y una tacita de infusión de melisa al 10 por 100, caliente y sin azúcar, á fin de obtener un efecto más rápido y favorecer la acción diurética del medicamento. No se vuelve á entrar en la habitación que ocupa la enferma hasta el momento de empezar la cloroformización, es decir, á las dos horas casi siempre de ingerido el hedonal, á cuyo tiempo ya ha producido un sueño bastante profundo. Según se deduce de las observaciones del autor, tiene este nuevo método la ventaja de suprimir el período de excitación en la anestesia clorofórmica, haciendo en algunos casos que el enfermo pase ya á esta última en estado de inconsciencia por la narcosis hedonálica; además, el operado consume menos cloroformo, no sufre trastornos cardíacos ni respiratorios, ni por lo general vómitos, y aumenta notablemente la diuresis en las veinticuatro horas que siguen á la administración del remedio; por todo lo cual puede considerarse el nuevo método de anestesia mixta (hedonal-cloroformo) como un progreso.

---

***Relación entre la esfera genital y la mucosa de la nariz.—Importancia de la rinococainización***, por el Dr. Latis. (*Archivio italiano di Ginecologia*, Junio 1906.)

En esta Memoria, presentada al Congreso Internacional de Lisboa, vuelve el Dr. Latis, cirujano del hospital israelita de Alejandría, á resucitar la doctrina expuesta hace años por los Dres. Fliess y Schiff acerca de las modificaciones congestivas que sobrevienen durante las reglas al nivel de dos puntos de la mucosa de la nariz, extremidad anterior del cornete inferior y tubérculo nasal, cuya cocainización daría por resultado la desaparición de los dolores hipogástricos y sacros que habitualmente acompañan á la dismenorrea. Después de referir los resultados obtenidos con este medio por Weil, Gomperz, Chiari, Réthi, Chrobak, Linder y otros profesores, el autor de este trabajo expone los que ha observado en 15 enfermas (10 de ellas vírgenes). Dice que en estas últimas es en las que se manifiesta de modo más rápido y seguro el efecto de la *rinococainización*, pues muchas veces ha bastado introducir en la nariz un pequeño tapón de algodón empapado en la solución de cocaína al 20 por 100, en el

momento que se inicia el dolor de las reglas, para que pasara tranquilamente un período que otras veces les hacía sufrir enormemente. No es preciso limitar la anestesia á los puntos genitales, pues se obtiene igual resultado, y de un modo más sencillo, con el taponcito de algodón en la forma indicada.

Para explicar estos fenómenos supone el autor que estas hiperemias locales, determinadas sobre los órganos genitales á consecuencia de la irritación artificial de los puntos llamados genitales de la mucosa nasal, deben verificarse de un modo regular en la menstruación normal, de un modo irregular en la dismenorrea.

La *rinococainización* obraría, pues, regularizando con un fenómeno reflejo las modificaciones anormales de los órganos genitales. Aunque la dismenorrea no es más que un síntoma de varias lesiones del aparato genital, y por lo mismo no siempre los dolores menstruales obedecen á estas hiperemias de que habla el Dr. Latis, como el remedio es tan sencillo é inofensivo y está al alcance de todo el mundo, nada se pierde con ponerlo en práctica, sobre todo en las jóvenes solteras, siendo muy posible que, al recomendárselo como eficaz, la misma sugestión produzca el resultado que se busca sobre el fenómeno reflejo.

---

*¿Cuándo y cómo es preciso terminar el alumbramiento?*, por el profesor F. Ahlfeld. (*Zeitsch. für Geb. und Gynäk.* Bd. LVII, Heft. I, p. 82.)

Sabido es que la cuestión del alumbramiento ha preocupado siempre al profesor Ahlfeld, y constituye uno de los capítulos más interesantes de su tratado de Obstetricia. Ahora vuelve, en el trabajo que extractamos, á continuar las investigaciones que en 1877 publicó su asistente el Dr. Bosst, presentando el resultado de la nueva estadística basada en 406 partos.

En 3,75 por 100 de los casos el alumbramiento fué espontáneo (sin esfuerzo voluntario).

En 19,25 por 100 de los casos fué espontáneo, pero con esfuerzo voluntario de la mujer.

En 12 por 100 de los casos el alumbramiento se verificó con esfuerzo de la mujer y amasamiento abdominal.

En 65 por 100 de los casos tuvo lugar por expresión placentaria hecha de hora y media á dos horas después del parto.

En vista de que con este último método empleado en 7.400 paridas no ha tenido que lamentar más defunciones que de 0,07 por 100 por hemorragias del alumbramiento, Ahlfeld recomienda siempre que se deje descansar á la mujer durante hora y media ó dos horas después del parto, vigilándola, y después extraer por expresión la placenta, que ha caído en la vagina.

---

*El apéndice vermiforme en relación con las inflamaciones pelvianas.—Análisis de diez casos*, por Arnold W. W. Lea, M. D. (*The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire.* Agosto 1906.)

En este trabajo, al que sirven de fundamento diez observaciones de lesiones peritoneo-anexiales, operadas por el cirujano del *Northern Hospital for Women,* de Manchester, en las que se vió obligado á extirpar el apéndice vermiforme, unas veces por estar profundamente alterado y otras por hallarse adherido, hace el Dr. Lea un estudio completo de la anatomía del apéndice, de la coincidencia de sus enfermedades con las de los órganos pelvianos, según que la apendicitis sea la lesión primitiva ó que las del apéndice sean consecuencia de un proceso inflamatorio anexial ó de un tumor pelviano, ó bien que ambas lesiones existan y evolucionen independientemente, pudiendo á veces suceder el desarrollo de una apendicitis á las operaciones abdominales. El diagnóstico diferencial ofrece en ocasiones bastantes dificultades, principalmente tratándose de la apendicitis crónica, cuyo dolor puede confundirse con el ovárico, sobre todo en las proximidades de la regla, en que éste se agrava de ordinario.

Por estas razones, muchos cirujanos extirpan el apéndice siempre que tienen que intervenir por lesiones pelvianas, aunque aparentemente esté sano, si bien esta medida nos parece demasiado radical y no justificada. Para resolver esta cuestión, el profesor Kelly, autor de la más notable monografía sobre *Enfermedades del apéndice,* pidió su opinión á los cirujanos de diferentes puntos de los Estados Unidos; de 73 que contestaron, las dos terceras partes eran opuestos á la extirpación del apéndice normal, pero todos se declaraban partidarios de ella si estaba adherido.

El autor formula sus conclusiones, diciendo:

1.° Que debe examinarse siempre el apéndice, como precaución rutinaria, cuando se practica una laparotomía por lesión pelviana.

2.° Que debe extirparse cuando descansa en el borde ó en la profundidad de la pelvis; cuando se observan algunas adherencias periapendiculares ó contiene una concreción; cuando está adherido á exudados pelvianos ó á algun tumor; cuando queda en relación inmediata con un pediculo ó con una superficie cruenta resultante de la extirpación de algún órgano pelviano.

---

*Vías de infección del líquido amniótico; el paso de las bacterias y de las toxinas á través de las membranas ovulares*, por el profesor Giuseppe Rainerí. (*Annali di Ostetrícia é Ginecologia.* Julio 1906.)

La escuela italiana está dando hace tiempo pruebas de una actividad extraordinaria, y con frecuencia nos sorprende con nuevos é interesantísimos trabajos de clínica y de laboratorio que la colocan

á la vanguardia del progreso de la especialidad. Uno de los asuntos que han preocupado á muchos de sus ilustres profesores es el de la infección del líquido amniótico, que hoy vuelve á ser objeto de interesantes experimentos por parte de Raineri, no precisamente desde el punto de vista del pronóstico para la madre y para el feto, ni tampoco del diagnóstico ni del tratamiento, sino de una de las maneras de producirse dicha infección. Y estando demostrado que los gérmenes infecciosos pueden invadir el agua del amnios, aunque de modo secundario, por la placenta y á través de una rotura de las membranas, faltaba poner en claro si esta infección era posible á través de las membranas íntegras. Este es el motivo del notable trabajo del profesor Raineri, quien, *in vitro*, valiéndose del pequeño aparato de Dutrochet para el estudio de los procesos osmósicos, é *in vivo*, operando en conejas preñadas y casi á término, empleando membranas ovulares de mujer para los primeros experimentos, pudo comprobar que tanto éstas como las de coneja son impermeables cuando están íntegras, es decir, sin alteración histológica, y constituídas por las tres membranas (caduca, corion y amnios), y no dejan pasar gérmenes ni toxinas á su través; que aun estando entera la bolsa, puede descomponerse é infectarse el líquido amniótico si no están íntegras ó normales las tres membranas; que la muerte y maceración del feto, si duran cierto tiempo, determinan modificaciones histológicas particulares de las membranas, por las cuales puede admitirse el paso de gérmenes á la cavidad, que luego producen la putrefacción é infección del líquido, y éstas lo mismo pueden tener lugar sin rotura de la bolsa estando el feto vivo; que los gérmenes y las toxinas, obrando sobre las membranas, provocan lesiones que pueden explicar el paso á la madre, y la absorción, que da lugar á la fiebre llamada del trabajo; que las toxinas pasarían más rápidamente que las bacterias, originándose así intoxicaciones ligeras transitorias, que son distintas de las formas infectivas más graves y que reclaman intervenciones más activas. Los peligros de las intoxicaciones, como de las infecciones, están en retardar el vaciamiento del útero.

DR. GUTIÉRREZ

## Neurología y Electroterapia.

I.—*Hemiatrofia facial*, por A. del Cañizo, Catedrático de Patología médica. (*Revista Médica Salmantina*, Febrero 1906.)

El Dr. del Cañizo refiere el caso de una enferma de treinta años de edad, soltera, sirvienta de profesión, y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Hace seis ó siete años empezó á sufrir dolores intensos y persistentes en la mitad derecha de la

cara, los cuales se irradiaban con gran violencia hacia los dientes del mismo lado, por lo cual fueron sustraídos por el dentista algunos de ellos, creyendo fuesen la causa del padecimiento. Ninguno presentaba huellas de caries; las neuralgias continuaron, y poco después se presentó una inflamación en las encías, que dió lugar á la formación de abscesos gingivales y á la expulsión de otros varios dientes. Después de algún tiempo, sin experimentar de nuevo dolores ni otras molestias, empezó á notar una deformidad que lenta y progresivamente iba ofreciendo la mitad enferma de la cara.

Cuando la vió por primera vez el Dr. Cañizo se observaba una notable desigualdad y falta de simetría en las dos mitades de la cara, pareciendo el lado derecho como atrofiado y hundido, principalmente en la parte inferior. Los relieves óseos, más prominentes que en el lado sano, y por la palpación notábase la falta del tejido adiposo subcutáneo, así como la piel, tersa y apergaminada, parecía pegada á los huesos, siendo imposible pellizcarla entre los dedos. Podía igualmente apreciarse una atrofia de la mitad derecha de la mandíbula, cuya rama horizontal, principalmente, era mucho más pequeña que la del lado opuesto. Tanto la oreja como el ojo, la frente y la ceja del mismo lado no presentaban alteración alguna de estructura ni de sus funciones, siendo, en cambio, de notar una placa de alopecia que se extendía desde la parte derecha del frontal hasta una gran porción del cuero cabelludo.

Pero las lesiones más importantes eran las que se observaban en el velo del paladar y en la lengua. La parte derecha de ésta, sumamente pequeña y como arrugada, presentaba, próximamente, desde la línea media al borde, la mitad de anchura que en el lado izquierdo. Lo mismo ocurría con el velo del paladar, así como con la úvula, que casi había desaparecido, quedando sólo como vestigio de ella un apéndice flácido formado por su envoltura mucosa.

La sensibilidad de la cara era completamente normal; no existía alteración del gusto, así como tampoco entorpecimiento alguno para la deglución, masticación ni pronunciación. Tanto en el resto del sistema nervioso como en los demás aparatos de la economía, existe una completa integridad fisiológica.

El autor de este trabajo, después de examinar las diferentes teorías que se han expuesto por los patólogos para darse cuenta de la patogenia de esta afección, que es la parte más oscura y controvertida de ella, se cree autorizado á pensar, fundado en razones anatomo-patológicas y clínicas, que la hemiatrofia facial debe considerarse como un síndrome dependiente de lesiones del trigémino, bien sea en sus centros ó en sus ramas, evolucionando á veces de una manera aislada, y acompañando otras á enfermedades de mayor generalización: tabes y siringomielia principalmente.

La clínica tiene hoy demostrado la variedad de formas que se observan en esta afección, tanto por la diversa participación de los tejidos, cuanto por otros síntomas referentes á la sensibilidad; y por consiguiente, la patogenia debe ofrecer algunas diferencias en su mecanismo, cuando menos accidentales, que sería de gran interés clínico y terapéutico el puntualizar para cada forma de hemiatrofia facial.

---

II.—*El método de la decloruración en la epilepsia*, por el Dr. Ch. Miraille. (*Gazette médicale de Nantes*, 14 Octubre 1905.)

La cura por decloruración, instituída paralelamente con el tratamiento bromurado, ó sea el método dietético de Richet y Toulouse, lo considera el autor como un importante progreso en la terapéutica de la epilepsia, pues por su mediación se consiguen resultados en extremo satisfactorios, sin que sea necesario el empleo de dosis elevadas de bromuro. Estos resultados son debidos, según los autores, á la ausencia del cloruro de sodio en la alimentación, y en manera alguna á la modificación ó mejoramiento del régimen alimenticio, lo que ha demostrado el Dr. Miraille con sus curiosas observaciones, en las que se ve disminuir el número de las crisis en los períodos en que el enfermo se halla sometido al régimen declorurado y aumentar cuando éste se suspende, no obstante el uso de una alimentación invariable y una dosis siempre igual de bromuro.

Sin embargo, el autor reconoce que hay casos en los que este método no da los mismos favorables resultados, y para explicarse esta inconstancia de efectos supone que, si bien la falta del cloruro de sodio hace á las células nerviosas más sensibles á la acción del bromuro, también aumenta su excitabilidad ante los diversos estimulantes, y particularmente por el alcohol. De aquí la necesidad de proscribir con energía todos los excitantes en la alimentación del epiléptico sometido al método de decloruración.

También ha observado el autor que en los enfermos que tienen una predilección marcada por la sal, caso muy frecuente en los epilépticos, es en los que se obtienen los mejores resultados con dicho método. Por último, sus referidas experiencias le han demostrado que en el segundo período de la decloruración es menos marcado el descenso del número de las crisis, y que en los períodos intermedios aumenta dicho número, pero sin llegar nunca á ser tan elevado como antes.

Nuestra experiencia está en parte conforme con las conclusiones del autor; pero nosotros hemos observado repetidas veces en casos graves de epilepsia que el régimen declorurado hace posible, sí, la rebaja de la dosis de bromuro necesaria para obtener la disminución del número y de la intensidad de las crisis ó la cesación tem-

poral de éstas; pero que algún tiempo después se hace preciso el aumento de dicha dosis, si no queremos ver á los ataques alcanzar el mismo grado de intensidad y frecuencia que en un principio tuvieron, llegando en algunos enfermos á ser indispensable la administración de cantidades de bromuro iguales á las empleadas antes de la decloruración para alcanzar la dosis *suficiente*.

---

III.—*Tratamiento de la ciática y otras neuralgias por las inyecciones subcutáneas de agua salada*, por el Dr. Launois. (*La Méd. prat.*, 20 Mayo 1906.)

El autor emplea con gran éxito esta medicación en las neuralgias, particularmente en las ciáticas, desde hace varios años. Como es fácil comprender, este tratamiento le da mejores resultados en la ciática neurálgica que en la neurítica. El método seguido consiste en la inyección de pequeñas dosis de líquido sobre los mismos puntos dolorosos de Valleix. En estos puntos sabemos que es donde las sensaciones dolorosas alcanzan su máximum de intensidad, los cuales, con respecto á la ciática, son los siguientes: el lumbar, sacroilíaco, ilíaco, glúteo, isquiático, retro-trocanteriano, femorales, poplíteo, rotuliano, peroneal, maleolar, dorsal del pie y plantar externo.

La técnica operatoria es sumamente sencilla. Previa asepsia de la piel, que se consigue mediante compresas de algodón hidrófilo mojadas primero en agua hervida y jabón y luego en éter ó alcohol adicionado de sublimado, se procede á la inyección, valiéndose de una jeringa aséptica de 10 c. c. de capacidad, y una aguja de platino iridado susceptible de ser pasada á la llama, no debiendo ser ni muy gruesa ni muy larga.

Cuanto á la solución que sirve para estas inyecciones, el doctor Launois ha utilizado durante mucho tiempo el suero fisiológico de Hayen, que, como se sabe, contiene un 7 por 1.000 de cloruro de sodio. Posteriormente ha modificado la fórmula de esta solución, adicionándole el sulfato de sosa, con cuya adición se consigue suprimir por completo el pequeño dolor producido á veces por la solución simple de cloruro de sodio. El líquido, que debe esterilizarse siempre antes de usarlo, es de la fórmula siguiente:

| | |
|---|---|
| Cloruro de sodio ..... | 5 gramos. |
| Sulfato de sosa..... | 10 » |
| Agua destilada ..... | 1.000 c. c. |

Mantenido el líquido á la temperatura de la habitación ó templado un poco al baño maría, se inyectan bajo la piel 5. c. c. en cada uno de los puntos dolorosos. En una sola sesión se pueden hacer en el mismo enfermo cinco ó seis inyecciones sin inconveniente alguno.

Como es consiguiente, según la constitución anatómica de la re-

gión donde se practique la inyección, variará la profundidad á que ha de penetrar la aguja, como también con arreglo á la situación más ó menos superficial de la rama nerviosa. Así, pues, en ocasiones será simplemente hipodérmica, y otras veces intersticial, como cuando tenga lugar en la región glútea.

Consecutivamente á la inyección se forma una ligera tumefacción local que desaparece fácilmente, pudiéndose hacer ligeras fricciones sobre ella con la yema de los dedos para acelerar su absorción.

Launois asegura que el método puede aplicarse varios días consecutivos en un mismo enfermo, sin peligro alguno; y cuando se trate de casos rebeldes, solamente se practicará cada dos días.

Por último, el autor hace extensivo este método al tratamiento de otras neuralgias, como la facial, la braquial, la intercostal y el lumbago, que pueden ser aliviados igualmente por este práctico y sencillo procedimiento.

---

IV.—*Condiciones legales para el empleo médico de los rayos Röntgen.*

El Dr. Chauffard ha leído un notable informe en la Academia de Medicina de París acerca de los peligros que puede presentar el empleo de los rayos Röntgen en el hombre cuando son aplicados por personas extrañas á la medicina. Numerosos enfermos tratados sin pericia por los rayos X han presentado radiodermitis rebeldes; otros, tratados del mismo modo, que padecían cáncer cutáneo, sólo obtuvieron como resultado una aceleración de la marcha del neoplasma. Algunos operadores que han manejado sin cuidado los rayos X han sido atacados de gangrena seca de un miembro, y han sucumbido.

Los rayos Röntgen no son, pues, inofensivos, y, según la frase del Dr. Béclère, son como la lanza de Aquiles: curan y matan.

No sólo porque los rayos Röntgen mal manejados pueden ser peligrosos para los que los emplean y para los enfermos, sino porque sus resultados necesitan ser interpretados por personas que tengan perfecto conocimiento de la anatomía, la fisiología y la patogenia humanas, su manipulación debe reservarse á los médicos.

En vista de estas consideraciones, y no obstante la intervención del Dr. Reynier, que quiso defender el derecho de los físicos á emplear la radiografía bajo la inspección médica, la Academia de Medicina, en su sesión del 17 de Enero del corriente año, adoptó por unanimidad las conclusiones del ponente Dr. Chauffard, según las cuales es opinión de la Academia que la radiografía y la radioterapia sólo podrán practicarse por los médicos, y que el empleo de dichos medios por otras personas constituye un acto de ejercicio ilegal de la medicina.

---

V.—*Tétanos subagudos á pesar del empleo preventivo del suero antitetánico.*

En la Sociedad de Cirugía de París el Dr. Reynier ha presentado una comunicación referente á un caso curioso observado por el doctor Lop, de Marsella. Trátase de un hombre que se presentó el 3 de Octubre último con una herida contusa en la mano. El Dr. Lop procedió á la desinfección de la herida, espolvoreándola después con suero antitetánico seco y vendándola cuidadosamente. Tres días más tarde se renovó la cura, haciendo otra aplicación del suero en polvo. El 11 de Octubre, precedido de algunos pródromos, se observó un temblor que se fué acentuando en pocas horas, presentándose en seguida la rigidez de la nuca. Llamado el Dr. Lop, procedió á levantar el apósito, repitiendo la aplicación del suero seco y haciendo además sucesivamente dos inyecciones subcutáneas de suero antitetánico. No obstante estos cuidados y la administración del cloral, el enfermo sucumbió con todo el cuadro sintomático del tétanos. Esta interesante observación dió lugar á diversas reflexiones. El Dr. Tuffier supone que el suero seco haya podido ser absorbido por el apósito; y el Dr. Bary hace observar que el suero seco debe ser inferior, como poder antitóxico, al suero ordinario.

---

VI.—*La sordomudez*, por M. Castex, de París. *(Bulletin general de Thérapeutique*, 15 Enero 1905.)

De las observaciones del autor resulta que la sordomudez es en la mayoría de casos de origen congénito (68 por 100). Respecto á las causas productoras de ella, deben citarse en primer lugar la consanguinidad de los padres, el raquitismo, el saturnismo, el alcoholismo y la sífilis en los ascendientes.

En los casos adquiridos se debe la sordomudez á las infecciones de las meninges y del cerebro y á diversas enfermedades igualmente infecciosas. De las autopsias practicadas en más de 800 casos, procedentes la mayor parte de ellos de la Institución Nacional de París, resulta que las alteraciones del laberinto, del cerebro y del bulbo tienen mucha más importancia que las del oído medio.

---

VII.—*El agua de mar en la neurastenia.*

Los Dres. Robert-Simon y R. Quinton han presentado en la Sociedad de Terapéutica de París un estudio acerca de los efectos de las inyecciones subcutáneas de agua de mar isotónica en cierto número de enfermedades.

En lo que se refiere á la neurastenia, aseguran que los efectos de estas inyecciones son notables. Los enfermos recuperan el sueño,

reaniman sus fuerzas, se restablece el apetito, se alivian rápidamente la depresión física y psíquica, y hasta se observa un estado de euforia prolongada.

---

VIII.—*Tratamiento de la meningitis cerebro-espinal.*

Los Dres. Papillon y Eschbach (Sociedad de Pediatría, 16 Enero 1906) han referido la observación de un niño de tres años y medio, enfermo de meningitis cerebro-espinal con meningococos, que fué tratado por las inyecciones intrarraquídeas.

Después de una primera inyección de dos centigramos, se vió una notable mejoría; pero como después subiera la temperatura á 40°, se practicó una segunda inyección de cuatro centigramos de colargol, obteniéndose con ella la curación completa y rápida.

---

IX.—*Esterilidad producida por los rayos de Röntgen*, por el Dr. Aben Schonberg. (*Journal of Cu Deseases.*)

El autor ha tenido ocasión de comprobar los peligros de los rayos X para la función normal de las glándulas seminales en un enfermo que fué tratado por estas radiaciones en una afección psoriásica.

El Dr. Brown había ya observado que los enfermos y los médicos que permanecían por un tiempo más ó menos largo en una atmósfera atravesada por los rayos X, eran atacados de azoo-esperma, sin que presentaran ningún síntoma que pudiera hacer sospechar la pérdida de la potencia prolífica. Puede recordarse, á este propósito, que ya Halbershadter ha dado á conocer los cambios macroscópicos y microscópicos que se producen en los ovarios de los conejos después de haber sufrido la influencia de las radiaciones de Röntgen, y que consisten principalmente en la completa desaparición de las vesículas de Graff, en el espacio de quince días.

---

X.—*Contractura histérica de los maséteros*, por el Dr. Raymond. (Hospicio de la Salpêtrière. *Le Mois Therapeutique.*)

Refiere un caso de contractura de los maséteros en un enfermo que á la vez presentaba una especie de inversión de los labios por contracción de los músculos de la barba y orbicular. Los demás músculos de la cara no estaban afectados, pero los maséteros se hallaban contraídos hasta el punto de impedir la introducción de la más pequeña cantidad de alimento, por lo que hubo necesidad de alimentar al enfermo, durante algún tiempo, por la nariz.

Este sujeto había tenido convulsiones en su niñez, y aun ofrecía

señales de una ligera hemiplegia derecha, que databa igualmente de la primera infancia. Hace algunos años que se observó en él una especie de ladrido histérico, después cloqueo y como á modo de un sorbido. Ultimamente, á consecuencia de una pequeña crisis nerviosa, sobrevenida tras una ligera operación, reapareció el ladrido, y los esfuerzos que hacía el enfermo para detenerlo, apretando los labios y los dientes, determinaron la contracción permanente de los maséteros y del orbicular de los labios.

Esta contracción, seguramente de naturaleza histérica, va acompañada de una ligera contractura del brazo y pierna izquierdos.

La contractura desaparece durante el sueño, por lo cual el autor supone que se trata de un caso de histeria pura en un sujeto predispuesto, y confía en que la curación se obtenga, ya sea por la persuasión ó por la sugestión hipnótica.

Otros casos se han referido semejantes á este, y el mismo Raymond ha tenido ocasión de observar un presbítero que cuando quería predicar ó simplemente hablar, se veía atacado de una fuerte contracción de los maséteros.

DR. ENRIQUE VILCHES

## Osteo-artropatías y cirugía ortopédica.

*Resultados lejanos de la reducción de la luxación congénita de la cadera en los niños de más de seis años de edad*, por M. M. Nové-Josserand, agregado cirujano de la Caridad de Lyon, y Petit-Jean, interno de los Hospitales de Lyon.

CONCLUSIONES. — El resultado de la aplicación del método incruento á niños de seis años en adelante puede resumirse en las siguientes conclusiones:

La curación radical es rara, no observándose más que hasta los siete años. Más tarde sólo se realiza en casos excepcionales.

Cuando la cabeza femoral está completamente reducida, el acortamiento desaparece por completo.

La persistencia del acortamiento ocasionado por una deformación de la cabeza ó del cuello suele ser muy rara.

Cuando la reducción no se mantiene, la cabeza queda traspuesta en una situación más anterior, y con gran frecuencia fija en esta posición.

El acortamiento resulta entonces atenuado, sin tendencia á aumentar. La forma del cuerpo mejora, la ensilladura desaparece en $^2/_3$ de los casos, y cuando persiste, es insignificante. La claudicación casi siempre disminuye; á veces pierde su carácter de *contoneo*, y asemeja más bien un acortamiento simple del miembro.

El envaramiento consecutivo al tratamiento desaparece completamente en la cuarta parte de los casos, resulta insignificante en

los $^3/_8$, y persiste bastante acentuado en los otros $^5/_8$ de casos restantes.

La resistencia á la fatiga aumenta de una manera constante, alcanzando este alivio algunas veces grandes proporciones.

Cuando la cabeza no encuentra dónde fijarse, asciende hasta la fosa ilíaca externa; el acortamiento se reproduce, pero los enfermos acusan, sin embargo, una mejoría sensible: la forma del cuerpo está modificada favorablemente; la claudicación, á veces atenuada, y, sobre todo, sensiblemente aumentada la resistencia á la fatiga.

Estos resultados parecen definitivos. Los hemos visto sostenerse durante una larga observación, que ha llegado en algunos casos hasta siete años.

En suma: hasta los siete años de edad se puede practicar aún el tratamiento incruento con la esperanza de obtener una cura radical, aunque sea rara, mucho más rara que en niños de menos edad. Esta estadística confirma, pues, la opinión que hemos defendido desde hace tiempo sobre la ventaja que hay de operar antes de los cinco años, y aún mejor entre los dos y medio y los tres años.

Después de los siete años, el tratamiento incruento no se puede practicar sino á título de método paliativo. Hasta los diez ú once años puede proporcionar una mejoría apreciable en la forma del cuerpo y la función del miembro. La ventaja que determina es, en general, suficiente para que se le proponga, aun en esta edad, como método general de tratamiento, sobre todo en los casos de luxaciones posteriores, cuando la ensilladura es fuerte, la claudicación pronunciada y la impotencia funcional notable.

Después de los diez ú once años la reluxación es probable. Se puede, á pesar de todo, obtener un cierto mejoramiento funcional, que justifica el empleo del método, particularmente en las formas dolorosas, tenaces; pero sus indicaciones son excepcionales.

El envaramiento consecutivo al tratamiento no está en relación con la duración de la inmovilización. No hay, pues, ventaja seria en reducir el tiempo de la contención en el vendaje escayolado.

Parece, al contrario, que una inmovilización corta favorece el desplazamiento secundario de la cabeza.

Las observaciones han sido recogidas en treinta y ocho enfermos, cuyas historias exponen.

---

*Osteo-condroma traumático del fémur y del astrágalo*, por M. H. Toussaint, médico mayor de primera clase del hospital Begin, miembro correspondiente de la Sociedad de Cirugía.

Se trata de un soldado, de edad de veintiún años, de buena salud habitual, sin estigmas de raquitismo ni heredo-sífilis. El 31 de Agosto de 1904 sufrió una caída sobre la rodilla izquierda, no pu-

diendo levantarse. Transportado al hospital, fué inmovilizado en una gotiera de muslo. Cuatro horas después del accidente, la hemohidrartrosis era abundante; la rótula, fragmentada en varios trozos, permitía la introducción del pulpejo del índice en las hendiduras que separaban los fragmentos. No existía herida, ni luxación, ni arrancamiento de ligamentos. Durante seis días osciló la temperatura alrededor de 38°; nueve días después del accidente le fué practicada la sutura de la rótula, limpiando la articulación de la sangre y coágulos fibrinosos que la llenaban, é inmovilizándola después. A los diez días se le quitaron los puntos de crin, comenzando el masaje. En Noviembre abandonó el hospital, andando sin bastón, y realizando la flexión hasta los 130°. El 16 de Mayo de 1905 la flexión estaba limitada á los 90°, encontrándose bajo la masa interna del triceps atrofiado una saliente bien limitada, demostrando la palpación que era independiente del músculo. Tenía el volumen de una castaña grande, descansando por su ancha base sobre la cara ántero-interna del fémur, siete centímetros por encima de la interlínea fémoro-tibial.

Cita á continuación el Dr. Toussaint el caso de un gendarme, que, á consecuencia de un traumatismo, padeció una exóstosis del cuello y de la cabeza del astrágalo. El empleo de las aguas minerales (Barèges y Amelie-les-Bains) no dieron resultado. Al operarlo, se observó que la saliente era cartilaginosa, siendo regularizada y excavada con gran facilidad con la gubia de *Legouest*.

Encuentra bastante parecido entre los dos casos, bien que en uno se tratara de tejido esponjoso y en el otro de un hueso de tejido ebúrneo. La radiografía del enfermo de la rodilla arrojaba como una sombra en el sitio de la saliente, resultando ésta mucho mayor de lo que indicaba la ya citada radiografía. Si ha llegado á adquirir tan rápidamente el volumen que tiene, obedece á la noción de las epífisis fértiles, de que habla el Dr. Kirmisson en su *Tratado de Cirugía infantil*, 1906, no mostrándose el Dr. Toussaint partidario de la intervención en estos casos. Dice no haber encontrado en la literatura médica caso semejante á éste. La producción de la exóstosis tardía, no habiendo revelado la radiografía ni fisura, ni arrancamiento, ni fractura, tiene gran importancia para las comunicaciones médico-legales, sean ó no relativas á accidentes del trabajo.

---

*Nota sobre el tratamiento de las luxaciones irreductibles del maxilar inferior por el método cruento*, por **Bazy**, cirujano del hospital Beaujon, y **Senechal**, interno.

Citan un caso, en el cual, después de haber fracasado un intento de reducción con la pinza de Stromeyer, practicaron la operación de Mazzoni con excelente resultado. Una vez resecados los dos

cóndilos (la luxación era doble), dejaron en la cavidad peróxido de zinc y una mecha de gasa aséptica. Quince días después de la operación, el enfermo comía y hasta podía masticar la carne. Citan otros dos casos, operados con éxito por el mismo procedimiento.

---

*Tratamiento de la luxación congénita de la cadera.* Comunicación presentada al XV Congreso internacional de Medicina (Lisboa, 19-26 Abril 1906), por E. Kirmisson (continuación y fin) (1).

El Dr. Kirmisson continúa enumerando los resultados terapéuticos, con gran número de estadísticas y por años. Al final trae una estadística propia y el siguiente resumen y conclusiones, donde sintetiza lo más saliente de su trabajo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.—La reducción incruenta de las luxaciones congénitas de la cadera, bajo la acción del cloroformo, aunque raramente, produce resultados anatómicos perfectos; es susceptible de procurarnos, desde el punto de vista funcional, resultados muy ventajosos. ¿Cuáles son exactamente estos resultados? Es difícil de fijarlos, presentando las cifras indicadas por los diferentes autores diferencias considerables. En efecto: mientras vemos en ciertas estadísticas alcanzar los éxitos el 70, 72 y aun el 85 por 100, en otros desciende á un 20 ó 30 por 100. Adoptando con el Dr. Lorenz la cifra media del 82 por 100 para los resultados anatómicos favorables, creo que nos acercamos en lo posible á la verdad.

Sería de desear que para lo sucesivo se aportase más precisión en la apreciación de los resultados, y que únicamente se llamasen reducciones los casos en los cuales la cabeza, situada en la cavidad cotiloídea, tuviera con la arteria femoral sus relaciones normales, y la articulación disfrutase de la integridad de sus movimientos.

Un punto sobre el cual están de acuerdo todos los cirujanos es la mayor benignidad del pronóstico en las luxaciones unilaterales. Sólo Narath (de Utrech) es de opinión contraria, puesto que en su estadística la cifra de las curaciones llega al 56,6 por 100 en las luxaciones unilaterales y al 85,41 por 100 en las bilaterales. En todas las demás estadísticas, al contrario, la cifra de las curaciones en las luxaciones unilaterales es superior á la que arrojan las luxaciones dobles. En estas últimas, es muy excepcional que el resultado sea igualmente favorable en los dos lados. Lo más frecuente es observar que la reducción se ha obtenido en un lado, mientras que en el opuesto solamente ha habido una simple trasposición, y á veces reluxación. Esto está en relación con lo que observamos en la evolución de la luxación bilateral abandonada á ella misma, en la que

---

(1) Véase el número de Junio.

vemos á veces sobrevenir la curación espontánea en un lado, mientras en el opuesto continúa evolucionando la lesión. El examen radiográfico es con gran frecuencia incapaz de ilustrarnos en estas diferencias de pronóstico.

Es difícil de precisar en qué límites de edad se debe intervenir, toda vez que se han obtenido éxitos en niños de diez y ocho ó veinte meses, y también en jóvenes de catorce á quince años. De una manera general se puede decir que la edad más favorable está comprendida entre los tres y los cinco años.

Respecto del manual operatorio, pienso que la fuerza, y en particular las tracciones violentas, deben abandonarse por completo. Estas son las que determinan los accidentes graves, tales como fracturas, desgarraduras de los tejidos blandos y lesiones nerviosas. Lo mejor es volver al procedimiento de Paci, es decir, á los métodos de dulzura, absolutamente como en el tratamiento de las luxaciones traumáticas ó patológicas. Por mi parte, quedo, sin embargo, fiel á la técnica indicada por Lorenz, es decir, á la reducción en dos tiempos, estando el miembro colocado desde luego en la posición de flexión y abducción en ángulo recto, para llegar más tarde á la extensión, asociada á la rotación interna. Este es, á mi modo de ver, el procedimiento más seguro para permitir la retracción de la parte posterior de la cápsula y evitar la reluxación.

Más bien que hacer tentativas demasiado violentas ó demasiado prolongadas, prefiero multiplicar los ensayos de reducción. Ante un fracaso bien comprobado, lo mejor es acudir al método cruento. En este último, el principal factor de gravedad lo constituye evidentemente la cavidad cotiloidea. Lo mejor, pues, es evitarlo en lo posible, y conformarse, como yo lo hago desde hace tiempo, con la artrotomía.

En fin, en los casos en que la edad del enfermo ó el grado de luxación haga la cura radical imposible, la osteotomía subtrocanteriana, que practiqué por primera vez en 1893, permitiendo colocar el miembro en una posición favorable, prestará buenos servicios al enfermo.

---

*Nuevas notas sobre la posición de abducción en el tratamiento de las fracturas del cuello del fémur*, por Royal Whitman (New York).

A continuación de hacer varias consideraciones respecto de las fracturas del cuello, describe el tratamiento del modo siguiente: una vez dormido el enfermo, se le coloca sobre una caja de 7 pulgadas de altura, de tamaño suficiente para que soporte la cabeza y la parte superior del tronco. Se coloca un soporte pelviano debajo del sacro, manteniéndose el miembro en extensión por los ayudantes. El miembro sano se coloca en abducción normal para servir de

guía y fijar la pelvis. El ayudante que sostiene el miembro enfermo lo lleva gradualmente á la abducción, mientras que el cirujano hace presiones suaves sobre el trocánter. En los casos recientes se triunfa fácilmente de la resistencia á la abducción. Cuando se ha alcanzado el límite normal de la abducción, se fija el miembro por una espica escayolada. No se ha ejercido ninguna violencia, no habiéndose podido provocar desplazamiento alguno de los fragmentos.

Las ventajas de esta posición son las siguientes:

1.ª Cuando el miembro en la extensión está en abducción completa, el trocánter mayor está sólidamente apoyado contra la pelvis, de suerte que es imposible un desplazamiento del fémur hacia arriba.

2.ª En esta actitud la cápsula está tensa, sirviendo para mantener los fragmentos en contacto.

3.ª La influencia peligrosa de los músculos para producir deformaciones queda suprimida, toda vez que los abductores están relajados y que la contracción del psoas ilíaco en esta posición atrae los fragmentos uno hacia otro.

Si se ha obtenido la reunión, el tratamiento debe continuarse con el fin de restablecer la función, pues en esta fractura, como en todas las articulares, la debilidad y el envaramiento persisten largo tiempo.

Se admite que es imposible una inmovilización completa y prolongada; que no es más que cuestión de suerte el obtener una coaptación exacta; la habitual falta de éxito, se dice, obedece á la imposibilidad en que se encuentra el cirujano de llenar las dos principales indicaciones del tratamiento, coaptación é inmovilización, y no á la imposibilidad de los tejidos de cumplir el papel que se les pide. Yo no creo que la coaptación sea solamente asunto de suerte, ni que una inmovilización exacta sea imposible si se aplica bien el tratamiento que propongo.

---

*Desviación total del pie hacia afuera, sobrevenida lentamente después de una anastomosis del tendón de Aquiles al peroneo lateral corto, practicada en un pie bot-varus congénito.—Fijación del pie en buena posición por medio de una artrodesis tibio-tarsiana. Excelente resultado funcional*, por el Dr. E. Joüon (de Nantes).

El enfermo en cuestión, de siete años de edad, tenía el pie derecho totalmente subluxado hacia afuera y arriba, no pudiendo apoyarse más que sobre el borde interno, en el que tenía dos bolsas serosas inflamadas. El tendón de Aquiles estaba situado por fuera del peroné; á 4 centímetros, próximamente, por encima de la inserción de dicho tendón en el calcáneo, se observaba una á modo de bifur-

cación; parecía que una porción del tendón se dirigía hacia el borde externo del tarso ó más bien hacia la extremidad posterior del quinto metatarsiano.

Los padres contaban la historia siguiente: el niño nació con un pie bot-varus equino; á los doce meses le fué practicada la anastomosis de la mitad externa del tendón de Aquiles al peroneo lateral corto. La corrección fué excelente, durando dos años, al cabo de los cuales el pie comenzó á desviarse hacia afuera, á pesar de hacer andar al niño con plantillas á propósito. El tercio inferior del peroné sufrió una verdadera torsión, dirigiéndose hacia adentro, hacia la tibia.

No habiendo más esperanza de corregir la deformidad que la operación, le fué practicada del modo siguiente: incisión externa al nivel de la ya señalada bifurcación del tendón de Aquiles, observando que una parte de este tendón estaba adherida al peroneo lateral corto; esta anastomosis fué seccionada, por oponerse mucho al enderezamiento del pie.

No consiguiéndose aún dicho enderezamiento, fué seccionado el tendón de Aquiles por completo: tampoco se obtuvo resultado; entonces se practicó una osteotomía del peroné á 5 centímetros, próximamente, de su extremidad inferior. Al nivel del maléolo interno, y un poco por delante de él, fué practicada otra incisión para abordar la articulación tibio-tarsiana, en la que se hizo la abrasión de las superficies articulares, implantando una clavija de marfil en el maléolo interno y el cuerpo del astrágalo, inmovilizando después de colocado el drenaje.

En el curso post-operatorio hubo algunos percances que lamentar: un ligero esfacelo al nivel de las heridas y la eliminación de la clavija.

Tres meses y medio después se había obtenido una buena cicatrización y la completa soldadura del pie en buena posición. El niño anda bien en la actualidad, con calzado corriente.

DR. JOSÉ DE PALACIOS Y OLMEDO

(De la *Revista de Ortopedia* de Kirmisson. París, 1.° Julio y 1.° Septiembre de 1906.)

---

*Limitaciones del legrado óseo en la coxalgia*, por R. Tunstall Taylor, de Baltimore.

Ya en dos trabajos anteriores, leídos ante *The American Orthopedie Association*, sobre el ràspado de los huesos en la coxalgia, el autor hacía resaltar el valor de los rayos X como un medio *facile princeps* para hacer el diagnóstico, acomodando el tratamiento de la enfermedad á los síntomas característicos, y después la necesidad de emplear, una vez intervenido el proceso, los medios mecánicos de

tratamiento conocidos, como si tal intervención no se hubiera verificada. Y añade el Dr. Taylor:

Este proceder recibió el nombre de «tratamiento combinado». Después intentamos dividir los casos en tres grupos:

1) Aquellos casos incipientes en que el foco óseo es realmente pequeño y no ha hecho irrupción en el interior de la articulación. Aquí podemos emplear el método conservador, la fijación, la tracción, etc., en la esperanza de que la naturaleza, asistida por una buena higiene y tónicos, puede impedir el desarrollo de la enfermedad, formando una fuerte valla fibrosa que aísle el foco primitivo.

Tales casos deben ser examinados de vez en cuando por los rayos X para ver si el proceso se extiende ó se limita.

2) Si el proceso se extiende, la legración debe practicarse *si los síntomas agudos persisten.*

3) Si el enfermo presenta extensas sinuosidades, que son secundariamente infecciosas, el estado general es malo, y la radiografía demuestra extensa destrucción de la coyuntura, nada podemos ganar entonces con la legración ó la artrectomía; es mejor desbridar ampliamente los senos, extirpar las superficies dañadas, evitando la infección secundaria cuanto nos sea posible, y dejar las heridas á campo abierto que cicatricen por segunda intención (1). La experiencia ha demostrado que, en estos casos, la sola extirpación, por amplia que sea, de los huesos, determina prolongadas supuraciones con fiebre hética y degeneraciones amiloídeas.

Dedúcese, pues, de esto, que, según mi experiencia, el legrado óseo sólo debe practicarse en aquellos casos en los que el hueso se halla moderadamente afecto, ó en aquellos otros en que los síntomas agudos persisten.

El presente trabajo, que no viene á ser más que un suplemento á mis dos anteriores, se encamina principalmente á llamar la atención de la importancia que tiene la elección de estos casos de intensidad media para hacer el legrado óseo. De mi experiencia y del examen de bastantes casos operados por cirujanos ignorantes de las consecuencias que traen estos procesos, ó por aquellos otros que hacen cirugía llamada radical, y que atienden más al triunfo de la asepsis que á los resultados posteriores á la operación, deduzco y estoy perfectamente persuadido que el acortamiento y el ejercicio de la función ó movilidad son mirados como cosas de poca importancia, dirigiéndose más á la extirpación de los focos tuberculosos y absce-

---

(1) Este procedimiento hace muchos años que le he visto emplear á mi querido maestro el Dr. Martínez Angel, con excelente resultado. Entre los casos operados y curados, recuerdo la niña de un compañero nuestro, el Dr. Carrasco, de Valparaíso, cuya niña fué curada á su país, habiendo venido á España en un estado lastimoso.—*G. Hurtado.*

sos, y no ocupándose después de los medios mecánicos de tratamiento, con lo cual las recidivas son frecuentes.

Para muchos cirujanos (me refiero á los que no son de nuestra Asociación, no tienen nuestro modo de operar, en fin, que no son cirujanos ortopédicos) un absceso de un hueso es un absceso como otro cualquiera, y de la misma manera radical tratan una epifisitis tuberculosa que una osteomielitis á estafilococus aureus. Aun cuando yo en otros tiempos era partidario del legrado óseo en la mayoría de los casos, á fin de evitar la propagación de la enfermedad, en la actualidad debo decir que la intervención activa tiene sus precisas limitaciones y que solamente cuando los rayos X nos demuestren que el foco óseo se extiende coincidiendo con un incremento en los síntomas agudos, debemos intervenir. Mas si, por ejemplo, una radiografía hecha al principio demuestra un foco pequeño de menor área que otra radiografía tomada dos ó tres meses después, pero á la vez la tracción continua ha mejorado la posición y los dolores, no hay gritos nocturnos ni espasmo muscular, aproximándose los movimientos á los normales, no aconsejamos operar.

Con una estadística de 75 operados estoy completamente convencido que en cuanto á los movimientos, deformidad y resultado final del proceso, los mejores éxitos se obtienen con el tratamiento llamado conservador. La legración es de un incuestionable valor en los casos precisos en que está indicada, pero no tiene justificación cuando se presenta la mejoría con los métodos conservadores. Con la legración pueden obtenerse muy buenos resultados cuando se practica doce ó diez y ocho meses después del comienzo de la enfermedad, tanto en funcionamiento como en longitud del miembro. Cuando el foco original se encuentra en el cuello del fémur, los resultados son indudablemente mejores que si está afecta la epífisis ó el acetábulum, especialmente en este último caso, en el que hay que extirpar la cabeza del fémur sana ó producir una dislocación para poder intervenir.

En lo que se refiere á la edad, no he visto grandes diferencias en el acortamiento pasados los cinco años, á pesar de haber anotado cuidadosamente este punto en los niños muy jóvenes y en los de más edad. En algunos se ha regenerado una nueva cabeza femoral, demostrada por los rayos X, y el acortamiento no ha sido más de una pulgada.

Podemos, pues, decir que el tiempo de desarrollo de la enfermedad es más responsable del acortamiento que la edad del sujeto, y que las epífisis y articulaciones de los niños no son terreno á propósito para la cirugía radical. Debemos buscar siempre que la articulación se aproxime á lo normal en movilidad y en función, y

que el miembro quede con la menor atrofia y acortamiento posibles (1).

Si ahora comparamos los casos en los que el tramiento conservador ha mejorado los síntomas con aquellos otros en que el raspado óseo se ha practicado, veremos que haciendo después la tracción en el lecho, la tracción en aparatos, la fijación, la fijación parcial, etcétera, para conseguir la curación, evitar recidivas y prevenir la flexión y la adducción, nos encontramos que haciendo esto acortamos de seis meses á un año la curación.

El tratamiento demasiado largo es necesario evitarlo tan luego como tengamos seguridad de que el miembro puede empezarse á mover parcialmente, aun cuando sea por la noche, ó graduar el peso; y este fisiológico estímulo es conveniente á la epífisis, siempre que esté muy vigilado, para suspenderlo en caso preciso.

De todos modos, el presente escrito ha sido sugerido principalmente por haber visto los malos resultados finales de casos intervenidos haciendo grandes resecciones, y llamo y recomiendo especialmente la atención sobre esta materia.

Una de las más comunes indicaciones aceptadas en general para la intervención quirúrgica de las coyunturas, legrado, artrectomía ó artrotomía, es la formación de abscesos secundarios en las partes blandas. Aquí debo hacer constar que la experiencia de todos nosotros nos ha demostrado que la aparición de estos abscesos formados de detritus óseos y suero, tanto en el mal de Pott como en la coxalgia, etc., son inocuos, abscesos fríos extraóseos, que suelen aparecer á los diez y ocho meses dél comienzo de la enfermedad, y el mejor procedimiento para tratarlos es seguir la máxima *Let sleeping dogs lie*, es decir, no tocarlos.

Generalmente, los novicios en el tratamiento de estas dolencias, al ver un absceso suelen seguir uno de estos dos procedimientos: ó le incinden y dan salida al pus raspando la cavidad y perdiendo el punto de entrada del foco primitivo óseo, con lo cual consiguen drenar muy bien y á los pocos días reproducir un proceso secundario tuberculoso de la piel (sin embargo, pueden alguna vez evacuarlo subcutáneamente y comprimirlo con buen resultado), ó bien emplean un proceder más radical, evacuando el absceso, extirpando la cápsula y los focos óseos y epífisis, mutilando la coyuntura y los alrededores, con lo cual se interfiere el posterior crecimiento de la extremidad, se provoca una anquilosis, y posiblemente se produce una infección tuberculosa secundaria de gran actividad.

Debo aquí yo referir algunos casos de mi práctica, con grandes

---

(1) Preceptos que hace más de veinte años venimos siguiendo en el Instituto, y que practicaba D. Federico Rubio y practica el Dr. Martínez Angel.

abscesos secundarios, que no fueron operados y se obtuvo una curación con la coyuntura útil.

Solamente voy á tomar tres que sirven como tipos, en los que estuve tentado á intervenir, pero la disminución de los síntomas agudos y el mejoramiento de las condiciones articulares me retrajeron de hacerlo.

*Caso 1.°*—Octubre 9 de 1895. C. F., chico de cinco años. El padre murió tísico. De salud débil. Mamó un año. No ha tenido más enfermedad que sarampión. Cojeaba antes de presentarse á nosotros, hacía tres ó cuatro meses, y lo atribuía á una caída de un velocípedo. La temperatura, 99 F. al tiempo de ingreso. Había estremecimientos nocturnos. Dolor y rigidez en la pierna izquierda, la cual arrastraba al andar. Espasmo muscular, atrofia y limitación de los movimientos. No había posición de flexión, pero estaba muy limitada, á 20°. Se le trató con la tracción en el lecho, aparato posterior, con lo cual recobró la flexión hasta los 90°.

Mayo 17 de 1897. Gran inflamación que se extendía del gran trocánter á la parte inferior del triángulo de Scarpa. Alargamiento aparente, dos pulgadas. Gradual absorción, y en Enero de 1898 reabsorción completa, habiendo llevado en la convalecencia un aparato por seis meses.

La nota final dice: El movimiento de la pierna izquierda es muy poco más limitado que el de la derecha. El estado general es excelente.

Este enfermo viene al Dispensario con regularidad.

*Caso 2.°*—Enero 4 de 1897. E. W., chica de once años. Sus padres viven. Su hermana «*dice* tener escrófulas y úlceras en los ojos». Mamó dos años, y tuvo sarampión. Tuvo una caída hace tres meses. Dolor, espasmo muscular y estremecimientos nocturnos. Cuando ingresó, con una temperatura de 100,5 F. Posición de flexión de 90°. No era posible el movimiento en dirección alguna. Absceso extraóseo, notado en Mayo de 1897. La absorción y la curación tuvieron lugar, con posición y movimientos normales, en Mayo de 1898. El tratamiento empleado, parecido al del caso anterior.

*Caso 3.°*—Febrero 12 de 1904. B. H., chica de ocho años. Sin antecedentes hereditarios ni personales. Al presentarse á nosotros hacía un año que se había caído y seis meses que había notado alargamiento en la pierna derecha, con entumecimientos y gritos nocturnos. Alargamiento real. Pierna derecha, 24 $^3/_4$ p.; idem izquierda, 24 p. Alargamiento aparente: derecha, 26 $^3/_4$; izquierda, 25 $^3/_4$. Posición de flexión, 15°. Movimiento hacia adentro, 30°; abducción, 10°; adducción, 0°. Rotación hacia afuera, 90°; hacia adentro, 0°. Los rayos X, después de la admisión, demostraron abducción

del muslo derecho, inclinación de la pelvis, ligero nublamiento ó difusión de sombras del contorno articular, engrosamiento del cuello del fémur; además, ligero desplazamiento de la cabeza femoral hacia arriba y atrás. El trocánter derecho menos claro que el izquierdo. La tracción continua se empleó hasta Mayo de 1904. Los movimientos eran entonces: flexión, 75°; abducción, 40°; adducción, 20°; rotación hacia fuera, 45°; hacia adentro, 60°. No había espasmo muscular, excepto al límite.

*Octubre 1904.*—Movimiento algo restringido y absceso sobre la región prearticular. Medida la circunferencia del muslo en este punto, tenía pulgada y media más el derecho que el izquierdo. Fué reaplicada la tracción cuando la diferencia era de tres cuartos de pulgada. Movimientos: flexión, 110°; abducción, 45°; adducción, 15°; rotación externa, 90°; interna, 45°. Sin espasmo muscular. Alargamiento aparente en el lado derecho, un cuarto de pulgada más que al izquierdo. Los rayos X, de tiempo en tiempo empleados, demostraron extensión del proceso, pero los síntomas no hicieron preciso el legrado. La chica está buena, gorda, sonrosada, con buen apetito, y no ha vuelto á tener más dolores.

DR. S. G. HURTADO

## Oto-rino-laringología.

*El enderezamiento del cornete inferior contra la epífora. (Sem. Méd.)*

Partiendo del supuesto que en cierto número de casos la epífora es debida á que el cornete inferior presenta una forma anormal, aplicándose contra la pared externa del meato inferior, impide el derrame de las lágrimas, el Dr. Arthur Meyer (de Berlin) recurrió á una pequeña operación, que consiste en enderezar por fractura el cornete inferior. Con este fin coge este órgano, después de una cocainización, entre las ramas de unas pinzas en su parte más baja y más saliente, cerca de su inserción. Así se produce una inflexión de 30 á 40°, después de la cual el cornete conserva la nueva posición que le ha sido dada. El dolor causado por esta intervención es casi nulo, y la ligera hemorragia que sobreviene se cohibe pronto.

En los cinco ó seis casos que se ha empleado este procedimiento el resultado fué excelente; la epífora cesó en los ocho ó quince días siguientes.

*Tratamiento abortivo del coriza. (Presse Médicale,* Diciembre 1905.)

Desde que el enfermo se siente atacado—estornudos, romadizo y sensación de pesadez á nivel de los senos frontales,—hacer tres ó cuatro veces al día una inhalación de vapores de agua oxigenada

quirúrgica—suficientemente ácida,—de cinco minutos cada vez; no hay que confundir esta operación con la pulverización (aun á vapor); el vapor del agua oxigenada hirviendo es el que se debe inhalar, sin ninguna mezcla y tan caliente como sea posible.

Casi siempre se cura el coriza al día siguiente.

Si la obstrucción nasal es completa, deberá preceder á la inhalación una ligera adrenalización (solución al 1 por 1.000) que permite, diez minutos después, á los vapores de agua oxigenada penetrar en toda la cavidad de las fosas nasales.

Este tratamiento es igualmente bueno en el curso de un coriza agudo ó crónico, pero nunca de un resultado tan rápido.

DR. JUVENTINO MORALES

---

*Le radium en Oto-rhino-laryngologie*, por el Dr. Botey. (*Ann. des mal. de l'oreille*, Agosto 1906.)

Después de exponer la original técnica por él empleada, refiere Botey 15 observaciones, y hace de ellas el provisional resumen siguiente:

Es ineficaz el radium contra los procesos francamente tuberculosos de la laringe.

Su poder curativo es parcial é insuficiente contra el cáncer profundo.

El radium cura rápidamente el epitelioma cutáneo, el lupus nasal, ciertos cancroides de los labios, la actinomicosis superficial y limitada; cicatriza rápidamente las ulceraciones tórpidas y la psoriasis lingual.

---

*Contribution à l'etude de l'otite adhesive*, por Lermoyez y Mahu. (Com. à la Société Parisienne de Laryngologie. Séance du 20 Juillet 1906.)

Al mismo tiempo que en esta REVISTA apareció nuestro trabajo acerca de la tiosinamina, presentaron L. y M. esta comunicación á la Société de Laryngologie.

Como nosotros, ellos no obtuvieron resultado empleando inyecciones de solución alcohólica de tiosinamina al 15 por 100. Más tarde, en vista del mal resultado, han empleado esta solución en baños locales, y los resultados han sido mejores. Sus experiencias están aún en vías de ensayo, y ahora utilizan la fibrolisina; veamos si los resultados de sus trabajos pueden hacer que las esperanzas de curación de este rebelde proceso renazcan nuevamente.

---

*Des accidents consecutifs à la non-extraction de l'enclume au cours de l'ablation des osselets*, por Georges Mahu. (*Revue Hebdomadaire de Laryngologie*, 12 Mayo 1906.)

Analízanse en este trabajo las causas por las que queda en la caja el yunque al hacer la extracción de los huesecillos. Es que muchas veces, porque no está en su sitio, créese que la supuración lo ha destruído y eliminado. Pero esto no es frecuente, y hay que buscarle, bien en el ático, en el aditus ó en el recesus hipotimpánico, donde suele quedar envuelto en fungosidades.

En estos casos, si á pesar del cuidado puesto en ello no se encuentra, se inyectará agua tibia con bastante presión, y así se logrará su extracción.

Son consecuencias de la permanencia del yunque, la persistencia de la supuración y la propagación de la infección; si obstruye la salida del pus, puede ocasionar gravísimos accidentes; si una arista ó una rama hace presión en un punto peligroso correspondiente al canal semicircular, facial ó estribo, se producirán los accidentes que son la consecuencia directa de esto.

De lo que deduce Mahu que hay que insistir mucho en la busca y captura del yunque.

---

*Formes cliniques de la sinusite maxillaire*, por el Dr. Moure. (Com. al XIV Congreso Internacional, 1906.)

Establece el autor en este interesantísimo trabajo la clasificación clínica siguiente:

I.—*Sinusitis maxilares agudas.*

1.° Formas múltiples que acompañan á los corizas agudos intensos.

2.° Las formas infecciosas osteomielíticas. Estas son raras y de cuidado. Se curan bien, de ordinario, después de la ablación de las partes óseas necrosadas, drenaje de la región, un tratamiento local detersivo, enérgico, y una medicación general tónica.

II.—Las sinusitis maxilares crónicas pueden ser divididas en dos grupos:

1.° Infecciones de origen dentario. La infección es:

*a*) Directa, debida á una periostitis, á una osteítis de una raíz; la caries progresa hacia la punta de ésta, ataca la pulpa, determina un absceso apical, necrosa la parte del hueso que separa el diente enfermo del seno; en fin, el absceso se abre en este último.

*b*) Indirecta, por un quiste probablemente intrasinusiano, formado en la extremidad de una de las raíces (molares de preferencia) y habiendo penetrado en el antro.

2.° Infecciones de origen nasal, que comprenden:

*a*) Sinusitis crónicas catarrales. Que suceden á corizas frecuentes, á la gripe, etc.; son ordinariamente únicas ó primitivas, más raramente consecutivas á una etmoiditis ó á una sinusitis frontal. Ceden á veces á un tratamiento simple y otras veces son muy rebeldes.

*b*) Sinusitis atróficas. Se las observa en el curso del coriza ozenoso: La infección es ya simplemente ozenosa, ya más compleja, complicada entonces con la supuración clásica del antro.

*c*) Sinusitis caseosas. Ya son simples empiemas espesos con secreción especial, ya son formas en las cuales se encuentran diferentes clases de aspergilos. Son raras y no presentan gravedad considerable.

*d*) Sinusitis sifilíticas. Tomadas á tiempo pueden curar con el tratamiento específico; más tarde hace falta quitar previamente la porción ósea necrosada.

III. *Formas traumáticas y por cuerpos extraños.*—Se pueden unir á las sinusitis las infecciones centrales consecutivas á los traumatismos de la cara, del alvéolo, de la nariz, y á la presencia de cuerpos extraños en la cavidad.

Una buena terapéutica se deducirá del diagnóstico preciso y exacto.

---

*Sulla insensione motrice del velo del palato*, por el Dr. Gradénigo. (*Archivio italiani di Otologia e Laryngologia*, 1905, pág. 22.)

Está fuera de duda que las corrientes modernas, nacidas del cuidadoso estudio de la clínica, han ganado la batalla sostenida contra las viejas tradiciones anatómicas emanadas de una torcida interpretación de los trabajos ejecutados en el cadáver. El velo palatino recibe su inervación del pneumogástrico y no del facial. El caso recientemente expuesto por Gradénigo es uno más que confirma esta opinión. Una trombosis del sinus sigmoide produjo parálisis del velo, de la cuerda vocal y del hipogloso del lado enfermo, según Gradénigo, por efecto de la compresión de estos nervios á su salida por el agujero yugular. Y para completar la observación añade este autor que el nervio facial estaba absolutamente indemne.

---

*Un cas d'angiome de la region naso-labiale gauche, traité par des injections d'eau oxigénée*, por el Dr. G. Mahu. (*Ann. des mal. de l'oreille*, Junio 1906.)

Trátase de un caso de angioma de la región naso-labial que rápidamente se redujo de volumen mediante cuatro inyecciones de agua oxigenada.

El mecanismo de acción del agua oxigenada lo explica el autor por la obliteración de los capilares que resulta de la descomposición

del peróxido de hidrógeno en presencia de la sangre; pues, en efecto, los glóbulos rojos le transforman en agua y en oxígeno con formación de una sustancia albuminoide blanca, semejante á la fibrina soluble de Danis.

Tiene la ventaja de no producir coágulos (embolia) y de ser antiséptico.

DR. A. G. TAPIA

## Proctología.

*Parálisis intestinal, neurosis funcionales y estenosis. (Anuario médico-farmacéutico* del Dr. Larra y Cereso, 1906)

Los Dres. Kostin, Hagen, Jonas y Englander, Fréjér, y otros, recomiendan la *eumidrina* como muy eficaz, tanto al interior como en supositorios, contra las citadas enfermedades, á la dosis de un miligramo.

*Las estrecheces gonocócicas del recto. (Gas. des Hôpitaux*, núm. 14, 1906.)

El Dr. Arnaud sienta las siguientes conclusiones, que transcribo en su parte más esencial:

Las estrecheces blenorrágicas del recto son frecuentísimas. Muchas veces se confunden las sifilíticas con las gonocócicas. La inoculación puede ser directa ó por propagación. La estrechez blenorrágica del recto tiene la misma evolución clínica progresiva que las uretrales de igual origen.

Es más frecuente en la mujer, al contrario de la uretral, que lo es en el hombre. La terapéutica es rica en procedimientos y pobre en resultados.

El tratamiento médico, que es el primero que se instituye, consiste en regular las funciones intestinales, y grandes lavados con sonda blanda hasta dominar el estado agudo, y después soluciones de permanganato potásico.

El tratamiento quirúrgico necesita mucha discreción para ser empleado oportunamente.

La dilatación lenta, gradual y prolongada, auxiliada de desbridamientos superficiales y múltiples.

Las sesiones serán cortas—de siete á ocho minutos,—primero diarias, y luego espaciadas cada vez más.

Deben suspenderse al menor asomo de agudización.

Si esto no diera resultados y continuaran los dolores y la supuración, no queda otro recurso que establecer la dieta de función por medio del ano ilíaco, que además sirve para aseptizar el tramo intestinal enfermo.

Hecho esto, debe practicarse la extirpación completa de la porción estenosada.

*Hemorragia proveniente de una vena hemorroidal situada muy alta.* (*Las Causeries Médicales*, Julio 1906.)

El Dr. L. Furst (de Berlín) ha obtenido brillantes resultados con las inyecciones hipodérmicas de adrenalina—medio miligramo por centímetro cúbico de agua esterilizada—en un caso rebelde á los demás medios terapéuticos aconsejados hasta el día.

---

*Eczema del ano.* (*Le Monde Médical*, 1.° Agosto 1906.)

Compresas húmedas y pincelaciones de aceite de enebro ó aplicaciones de una pomada de calomelanos. Cauterizar las fisuras, si existen. Combatir el prurito con lociones muy calientes de cloral al 5 por 1.000, ó de ácido fénico al 1 por 100, ó con el mentol en pomada y supositorios de cocaína y belladona.

---

*Técnica del lávado eléctrico*, por A. Zimmern. (*El Mes Terapéutico.*)

Los instrumentos necesarios para la aplicación de la lavativa eléctrica son:

1.° Un *irrigador* ó un *bock* con un tubo de caucho (contenido, de dos á tres litros).

2.° Una buena *batería* galvánica, capaz de dar una intensidad por lo menos de 40 miliamperios. Las baterías de 30, 32 y 40 elementos que se encuentran en la casa de los constructores (cloruro de zinc ó bisulfato de mercurio) sirven para este fin.

3.° Dos hilos conductores bastante largos para poder unir con facilidad la batería al enfermo.

4.° Una ó dos *placas abdominales* de estaño, recubiertas de varias capas de algodón hidrófilo, envueltas en una funda de muselina.

5.° Un *electro rectal, de Bondet, de París*. Este está constituído por un tubo metálico hueco, muy ligeramente flexible, de 20 á 25 centímetros de largo, recubierto interiormente de una capa aisladora (caucho endurecido ó ebonita) destinada á proteger la mucosa intestinal contra toda acción cáustica. Esta capa debe sobresalir por lo menos un centímetro de la embocadura intra-rectal del tubo metálico, para no establecer contacto alguno ni aun á proximidad de la mucosa. La otra extremidad del tubo está unida al irrigador por un tubo de caucho provisto de una llave, y que lleva una borna para la inserción del hilo conductor.

Existen varios sistemas de sondas rectales, pero no difieren en su extremo intestinal. En efecto, unas tienen directamente la luz en la extremidad del tubo, otras en un lado, y, finalmente, otras tienen su parte terminal taladrada en orificios múltiples. Este último mo-

delo se designa algunas veces con el nombre de sonda de Krouse.

Se colocará al enfermo en su cama en plano horizontal, sin almohada, con la región rectal algo más elevada, por medio de sábanas ó lienzos á cuatro dobleces. Se colocará el irrigador á la cabecera á unos 50 ó 60 centímetros sobre el plano de ésta. El operador tendrá á su alcance la batería y la sonda rectal previamente aseptizada.

Una vez lleno el irrigador de agua hervida tibia, saturada de sal marina, ó de agua de Vichy, se principiará por introducir la sonda en el recto lo más profundamente posible, siempre cuidando de seguir sus curvaturas con precauciones. Es de notar que á veces se experimenta cierta dificultad para franquear la ampolla rectal cuando ésta se encuentra dilatada normalmente y el instrumento se extravía, ó cuando una acodadura del intestino, determinada por la compresión de la masa intestinal, distendida por los gases, se opone á su penetración.

Una vez bien introducida la sonda, se sostendrá con una mano, mientras con la otra se abre la llave, pero regulando su apertura de modo que el agua no llegue sino *muy lentamente* al canal intestinal. En efecto, una corriente muy rápida puede irritar la ampolla rectal, que entonces rechaza la sonda y expulsa el líquido.

Cuando se haya dejado pasar de un cuarto á medio litro, se colocarán sobre el vientre el ó los electrodos abdominales. Si no se emplea más que una placa, ésta debe tener una superficie mínima de 9 por 12, ó sea, por lo menos, 100 c. c., y se cuidará de colocarla bien en medio del abdomen. Cuando se emplean dos electrodos abdominales, éstos deberán aplicarse lateralmente á ambos lados de la línea media.

Tal es el primer tiempo de la operación.

Consiste el segundo en establecer la corriente. Para esto se unirá el polo positivo á la sonda rectal, y el negativo á la placa abdominal.

Por medio de la manija del colector se elevará la intensidad eléctrica progresivamente á 10, 20, 30, 40 y 50 miliamperios. Durante toda la sesión la llave de paso deberá permanecer entreabierta, de modo que el líquido pueda seguir corriendo lentamente. La corriente galvánica continua basta á veces para provocar la necesidad de defecación (sobre todo en las obstrucciones estercoráceas); pero siempre es preferible recurrir á las variaciones bruscas de intensidad, que se obtienen sea por medio de cambios, sea por medio de interrupciones. Cada electricista tiene su técnica personal. Los más trasladan la corriente al cabo de cinco minutos, de modo que el electrodo rectal, que era positivo, se torne en negativo. Para operar este cambio se empuja la manecilla del colector hacia atrás,

hasta que el galvanómetro marca 0; después, invirtiendo los hilos, se vuelve despacio la corriente á su primitiva intensidad. Hecho esto, no queda sino interrumpir de tiempo en tiempo la corriente cada quince segundos, por ejemplo. Cada interrupción se traducirá visiblemente en una contracción de los músculos abdominales.

Otro procedimiento consiste en reemplazar las interrupciones por cambios que puedan verificarse cada tres ó cuatro minutos.

La duración media del lavado es de un cuarto de hora á veinte minutos. Veinticinco minutos es un límite que no debe traspasar.

A veces durante la misma aplicación es cuando el enfermo empieza á sentir la necesidad de defecación; ésta es entonces más apremiante cada vez, y resulta de las contracciones abdominales é intestinales que produce la electrización. El enfermo deberá resistir al punto este deseo, y únicamente cuando no pueda dominarse más se interrumpirá la corriente, se retirará la sonda y se le aconsejará que haga todos sus esfuerzos para expulsar las materias. Es lo más frecuente que las contracciones útiles no sobrevengan sino al fin de la sesión, es decir, al cabo de un cuarto de hora ó veinte minutos. Otras veces la necesidad de expulsión no aparece sino al cabo de varias horas. En fin, cuando el lavado ha de ser ineficaz no se produce deseo alguno, y aun á veces ni siquiera cólicos.

(Tomado de *El Progreso Médico*, 15 Agosto 1908.)

---

**Tratamiento del prurito anal.** (*Le Monde Médical*, 1.° Septiembre 1908.)

Trátase de una afección penosa, enervante y comparable al prurito vulvar. En ciertos enfermos neurasténicos, neurópatas, las comezones son tan violentas y tan continuas, que les quitan el sueño. Conviene, en primer lugar, determinar la causa del prurito (hemorroides, régimen de carne, eczema, diabetes, etc.), é instituir una higiene alimenticia severa. Proscribiremos las carnes saladas, especias, licores, etc., recomendando un régimen casi vegetariano. El uso regular de los laxantes (sal de Carlsbad, de Seignette, sulfato de sosa ú otros análogos), que pueden prestar muy buenos servicios.

El Dr. Rendu aconseja el aceite de ricino.

Lociones calientes fenicadas ó boricadas.

Es útil aplicaciones de la pomada siguiente:

| | | |
|---|---|---|
| Lanolina..... | | 3 gramos. |
| Vaselina..... | aa. | 2 » |
| Aceite de olivas..... | | |
| Esencia de menta..... | | XV gotas. |

M.°

seguida del siguiente supositorio:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Manteca de cacao | | 3 | gramos. |
| Clorhidrato de cocaína | aa. | 0,02 | » |
| » de morfina | | | |

BROCA

Combatir los oxiuros vermiculares, si los hubiere.

Si hay varices anales, podremos emplear una de las pomadas siguientes:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lanolina | aa. | 20 | gramos. |
| Vaselina | | | |
| Tintura de benjuí | | 10 | » |
| Extracto de hamamelis | aa. | 5 | » |
| Ergotina | | | |
| Ácido fénico | | 0,50 | » |

O también:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Aceite de linaza | aa. | 20 | gramos. |
| Agua de cal | | | |
| Óxido de zinc | | | |
| Extracto de hidrastis | aa. | 10 | » |
| » de hamamelis | | | |
| Iodoformo | | 6 | » |

M.e

Finalmente, se han utilizado las embrocaciones de alcohol mentolado al 1 por 40, de nitrato de plata al 1 por 10, el linimento fenicado al 2 por 1.000 y la resorcina en solución acuosa al 2 por 1.000.

En los casos rebeldes hay prácticos que recomiendan las cauterizaciones ígneas de la región (!).

Es útil hacer uso de una lavativa de aceite, y untar el ano con vaselina antes de las evacuaciones.

---

**Fisura de ano.** (*El Confidente de las Ciencias Médicas*, Septiembre 1906.)

| | | | |
|---|---|---|---|
| D.e | Antipirina | 2 | gramos. |
| | Alipina | 1 | » |
| | Extracto de belladona | 3 | » |
| | Vaselina | aa. 10 | » |
| | Lanolina | | |

M.e

Tres ó cuatro aplicaciones al día, lavando primero la fisura con una solución de permanganato potásico al 0,5 por 1.000.

— — —

**Tratamiento de la apendicitis aguda por las inyecciones rectales de solución fisiológica.** *(La Semaine Médicale*, 5 Septiembre 1906.)

El doctor suizo M. R. Zollikofer (de Saint-Gall) aconseja las inyecciones rectales de solución fisiológica en todos los casos de apendicitis, sin distinción.

La técnica que aconseja es la siguiente:

Colocado el enfermo en decúbito dorsal, y con ayuda de una sonda blanda y un irrigador colocado á poca altura, con objeto de que la presión sea débil, se inyectan dos litros de la solución á 40°, muy lentamente y en tres ó cuatro veces, evitando producir dolor, con lo cual se consigue que sea retenida.

Ha recurrido á este procedimiento en 26 casos entre graves y ligeros, teniendo la fortuna de que todos hayan sido éxitos.

Algunos han llegado á sufrir hasta 50 inyecciones en tres semanas.

Los efectos que produce, por orden correlativo, son: calmar la sed; regularizar el pulso, que de 110 baja á 80 por minuto. La orina adquiere sus caracteres normales, y los vómitos, cólicos y meteorismo desaparecen en dos ó tres días.

Este tratamiento es auxiliado con la administración del opio, si bien á menores dosis que las aconsejadas como corrientes.

---

***Tratamiento de las hemorroides.*** **(XV Congreso internacional de Medicina celebrado en Lisboa del 19 al 26 de Abril de 1906.)**

El Dr. Kojonkaroff, después de hacer la crítica de todos los procedimientos empleados hasta el día, se declara partidario de la cauterización, que, según él, presenta el mayor número de ventajas y el menor de inconvenientes.

Las ventajas son: rapidez de la operación, que se practica sin pérdida de sangre; seguridad de una asepsia relativa; corta duración de la anestesia.

Los inconvenientes: hemorragias y estrecheces secundarias.

Las primeras pueden evitarse aplicando dos ó tres puntos de sutura sobre las superficies cauterizadas.

Los segundos son siempre resultado de una técnica defectuosa, y por consiguiente evitables.

Todos los casos tratados por el Dr. Kojonkaroff con este procedimiento han sido seguidos de resultados tanto inmediatos como lejanos.

(De la *Revista de Medicina y Cirugía.*)

---

*Sobre las roturas llamadas espontáneas del recto.* (*La Semaine Médicale*, 12 Septiembre 1906.)

Aunque ya se conocen casos de esta rara afección, debidos á M. Quénu, es tan notable el caso que publica el Dr. M. H. Heineke, que no he podido resistir el deseo de reproducirlo.

Su enfermo era un obrero de treinta años, muy fuerte, de salud perfecta, y sin haber tenido nunca molestias ano-rectales; estando ocupado en levantar del suelo por una de sus extremidades, con gran esfuerzo y el tronco fuertemente inclinado hacia adelante, una pesada placa de hierro, sintió un brusco y violento dolor en el vientre, que le obligó á dejar el trabajo, seguido de fuertes vómitos, y veinte horas después es transportado á la clínica quirúrgica de Leipzig en un estado de depresión profunda, extremidades frías, pulso pequeño, á 100, vientre terso y de una sensibilidad extrema, sobre todo en su parte inferior.

Operado inmediatamente por laparotomía, con evisceración, sale gran cantidad de líquido sero-purulento, pero nada de materias fecales; en vista de lo cual, y de no encontrar nada anormal en los intestinos, se cierra la herida operatoria y se deja un drenaje.

Muerte á los dos días.

En la autopsia se comprueban tres perforaciones: dos á 17 centímetros del ano, en la pared anterior, muy cerca una de otra, y una mayor, á 20, en la S ilíaca.

Como quiera que no había existido traumatismo de ningún género, el autor deduce muy lógicamente que la lesión fué producida por la presión abdominal exagerada y el esfuerzo en flexión del paciente.

---

*El prolapso rectal, su patogenia y tratamiento.* (XV Congreso Internacional de Medicina. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 21 Septiembre 1906.)

El Dr. N. Napolkou: Conviene distinguir el prolapso de la mucosa rectal y el prolapso del recto. El primero depende siempre de la inflamación catarral. El tratamiento debe ser dirigido contra este proceso. La simple escisión de los pliegues mucosos prolapsados suele ser insuficiente; se obtiene mejor resultado por la torsión de la mucosa á 180° (1).

El prolapso del recto no es más que una hernia perineo-rectal. Las condiciones de su evolución son: el descenso de la excavación vésico-rectal, la atonía de la musculatura del recto y la debilidad

(1) Este procedimiento lo he puesto en práctica con buenos resultados hace más de seis años.

de los músculos de la pared inferior de la pelvis. La longitud del conducto perineo-rectal, que está destinada en estado fisiológico al paso del recto, se acorta en este prolapso.

En el cadáver se puede producir con facilidad el prolapso del recto, aumentando la presión abdominal interna. Para el tratamiento se recurre al tipo de las operaciones radiculares de las hernias, que consiste en la supresión del saco peritoneal, en la plegadura longitudinal de la muscular sobre la pared anterior del recto, en la plegadura transversal y en la sutura de los bordes medios de los músculos elevadores del ano.

DR. F. MARTÍNEZ SUÁREZ

---

## Vías urinarias.

*Tratamiento de la blenorragia crónica por las instilaciones de nitrato de plata seguidas de la introducción de un catéter de zinc*, por los Dres. Balzer y Tansard. (*Annales des mal. des organ. genito-urinaires*, 1.º Mayo 1906. París.)

El tratamiento de la blenorragia crónica por el nitrato de plata como tópico ha sido objeto de incesantes perfeccionamientos, desde el proceder de Lallemand, con su porta-cáustico (hoy muy poco usado), hasta el de las instilaciones en solución acuosa del 1 al 4 por 100 por medio de las sondas instiladoras de Guyon, método hoy de uso general; con menos frecuencia se usan las instilaciones oleosas en las que el nitrato lleva como vehículo el aceite ó la vaselina; igualmente se han obtenido buenos resultados con las sondas porta-pomadas, y especialmente con los catéteres acanalados dejados cierto tiempo en contacto con la mucosa uretral.

El procedimiento cuyo epígrafe encabeza estas líneas se funda en la reacción química que tiene lugar cuando el zinc metálico se pone en contacto del nitrato de plata: prodúcese inmediatamente una doble descomposición de sal de plata, se forma nitrato de zinc y la plata se reduce al estado metálico bajo el aspecto de un cuerpo negro. Esta reacción tan enérgica, empleada la primera vez por Corradi para cauterizar condilomas sifilíticos, fué estudiada por Aubert en un trabajo publicado en el *Lyon Médical*, titulado *De la cautérisation au nitrate d'argent aidé du contact du zinc métallique*, demostrando las experiencias de dicho autor que cuando se pone el nitrato de plata en contacto con una herida la transformación del nitrato en albuminato y cloruro de plata no es total inmediatamente; hecho que hay que tener muy en cuenta, pues solamente á expensas del nitrato de plata que queda libre se produce la reacción en presencia del zinc metálico; admítese que por la doble descomposición del nitrato de plata por el zinc, se puede producir en la superficie de la mucosa: 1.º, albuminato y cloruro de plata;

2.°, plata metálica que se forma inmediatamente; 3.°, indicios variables de cloruro de zinc; y 4.°, nitrato de zinc, que es el agente más eficaz de la cauterización.

Para utilizar la cauterización argéntico-zíncica se empieza por poner una instilación de 10 á 20 gotas de nitrato de plata al 1 por 100 ó 1 por 50 (preferible la primera; con la segunda la reacción es muy violenta); inmediatamente se introduce el catéter de zinc, que se deja en contacto con la uretra por uno ó dos minutos, tiempo necesario para que la reacción tenga lugar, la cual es advertida por dos signos: primero, por los dolores que siente el enfermo; segundo, por la aparición en el meato de la vaselina (de color negro por el nitrato de plata reducido) con que se lubrificó el catéter de zinc; retírese dicho catéter y lávese con una solución de ioduro potásico. Tal es el procedimiento, en el cual hay que atribuir papel muy importante á la acción mecánica, de dilatación, del catéter.

Según los autores, las indicaciones del método son claras y precisas: uretritis posteriores crónicas en los casos que la invasión de las glándulas del canal debe ser enérgicamente combatida; las uretrócistitis y prostatitis crónicas, sobre todo si en éstas se combina con el masaje de la próstata; blenorragia de la mujer, uretritis, vaginitis y metritis.

---

*Tratamiento de la hipertrofia de la próstata.*—Informe presentado en el XV Congreso Internacional de Medicina, por el Dr. Tuffier, de París. (*Annales des mal. des organ. genito-urinaires*, 1.° Mayo 1906.)

De dicho trabajo, hecho con la pericia y competencia características del autor, extractamos las siguientes conclusiones:

Los accidentes debidos á la hipertrofia prostática son susceptibles de tres modos de tratamiento: preventivo, paliativo y curativo; el primero, que constituye el método descongestivo aplicado según los clásicos preceptos de Guyon, retarda ó atenúa los accidentes de retención.

El tratamiento paliativo, representado por el cateterismo, es aplicable cuando es bien tolerado y se practica fácilmente y con regularidad.

El tratamiento operatorio tiene por objeto seccionar ó suprimir el obstáculo; la operación de Bottini, perfeccionada por Freudenberg, da la misma mortalidad que la prostatectomía, no evita las recidivas y puede constituir un serio obstáculo para la extirpación ulterior de la glándula.

La ablación parcial de la próstata no es aplicable más que en casos contados, en los que el adenoma se ha desenvuelto en una de las glándulas periuretrales al nivel del cuello. La operación de Ridygier, equivalente á una prostatectomía total sin abertura de la

uretra, está bajo la prueba de si sus ventajas postoperatorias indudables son seguidas de completa curación.

La extirpación total es actualmente el método de elección; la mortalidad oscila alrededor de 4 por 100; el restablecimiento de la micción espontánea y la desaparición de los accidentes infecciosos vesicales son la regla; ni la edad del enfermo ni la mayor ó menor cronicidad de las lesiones contraindican la operación, pero la integridad relativa de la función renal y la ausencia de cualquier tara orgánica grave, como albuminuria ó diabetes, son precisas.

La vía perineal y la transvesical ó hipogástrica tienen cada una ventajas é inconvenientes; las dos, combinadas, se aplican á casos especiales. La ablación por el periné, un poco más benigna, es más difícil y va seguida de la pérdida de la potencia genital; la sutura total de la uretra es un perfeccionamiento de su técnica; el proceder por *morcellement* (despedazamiento) es más largo; la hemisección es más rápida; las complicaciones más frecuentes son las fístulas urinarias; la mortalidad es de 4 por 100; los resultados terapéuticos, peores que por vía transvesical.

La prostatectomía transvesical se ejecuta rápidamente; la técnica fácil; ablación completa; mortalidad un poco más elevada, 5 á 6 por 100; su peligro reside en la infección perivesical por desagüe insuficiente; los resultados terapéuticos perfectos; evacuación completa y espontánea de la vejiga como regla; rara vez polakiuria; potencia genital conservada casi siempre.

Las indicaciones operatorias residen principalmente en la amenaza de definitiva distensión ó de infección ascendente, siendo tanto más imperiosa si la retención es séptica. La operación debe practicarse en frío, es decir, fuera de los períodos de accidentes ó complicaciones locales ó generales. En resumen, es más importante saber qué enfermos se deben operar que la vía que se debe escoger; el porvenir está en las indicaciones más que en la técnica operatoria.

---

*El agua de mar en inyecciones isotónicas subcutáneas en un caso de edema brighti-co*, por el Dr. Robert Simon. (*Ann. des mal. des organ. genito-urinaires.* París, 15 Mayo 1906.)

La observación que el autor publica era á esa fecha la primera, siendo interesante para el caso que ulteriores experiencias la confirmen; siendo de notar que poseyendo hoy el brigthismo un tratamiento racional y específico (cura de decloruración), ha llegado el autor á hacer desaparecer un edema de 10 kilogramos en veintitrés días por un tratamiento hasta cierto punto inverso (inyecciones subcutáneas de agua de mar isotónica), viendo mejorar de un modo rápido y manifiesto todos los trastornos del brigthismo; siendo única la

observación, no se puede decidir si fué únicamente coincidencia la desaparición del edema con el uso del agua de mar, ó verdadera relación de causa á efecto; y aun admitiendo la coincidencia, la experiencia no fué desfavorable al tratamiento marino, puesto que, á pesar de su elemento clorurado sódico, no detuvo ni impidió la curación. La experiencia de Quinton determinando en el perro por inyección intravenosa de orina humana tóxica la mayor parte de los síntomas del brigthismo, haciéndolos desaparecer por inyección inmediata de agua de mar, hizo pensar en aplicarlo al brigthismo humano: la experiencia era tentadora.

El caso es el siguiente: Mujer de cuarenta y cinco años, alcohólica, nefrítica hacía seis años, con disnea, sensación de dedo muerto, anorexia, trastornos visuales, vértigos, cefalea, criestesia, palpitaciones, etc. A su ingreso en el hospital fué sometida á reposo absoluto en cama, dieta láctea y ventosas secas en el tórax cada dos días; no habiendo cambiado la situación en cuarenta y cinco días, empieza el tratamiento marino con inyección subcutánea en la región glútea de 200 c. c. de agua de mar cada tres días y en la misma cantidad; á la novena inyección habían desaparecido casi todos los síntomas, permitiendo levantarse y dormir á la enferma, siendo tan notable la mejoría que pudiera creerse curada la enferma.

Conforme con el parecer del autor, creo debe experimentarse el procedimiento para sacar conclusiones definitivas acerca de su valor terapéutico y resultados.

---

*Estudio experimental de las lesiones renales provocadas por el bacilo tuberculoso*, por los Dres. Bernard y Salomon. (*Ann. des mal. des organ. genito-urinaires*, París, 16 Junio 1906.)

Es un trabajo que aporta muchos hechos nuevos acerca de la manera como el riñón se comporta frente al bacilo tuberculoso. Particularmente establece que, al lado de lesiones de tipo folicular, se pueden producir experimentalmente toda una serie de reacciones, intersticiales ó epiteliales, que hasta la fecha se consideraban como producciones de origen toxínico.

Los autores han seguido, para conseguir la tuberculización experimental del riñón, las vías arterial, venosa, subcutánea, peritoneal y canalicular (vejiga, uréter y pelvis renal). En algunas experiencias han añadido á la inoculación la supresión funcional de un riñón ó el uso de sustancias irritantes, como la cantaridina. Si se exceptúa la vía canalicular, con la que se producen lesiones inconstantes, y esto á beneficio de una ligadura, la tuberculización del riñón es constante con todos los demás procedimientos. Las lesiones determinadas por el bacilo son complejas, no se circunscriben á la formación folicular típica; esta última, de localización perivascular ó

periglomerular, puede presentar una serie de gradaciones desde el folículo puramente epitelioide hasta el nódulo linfocitario, en el que la presencia del bacilo de Koch lo diferencia de los nódulos infecciosos no tuberculosos. El bacilo de Koch no produciría únicamente folículos al nivel del riñón; sería el origen de una serie de reacciones intersticiales, de aspecto individual desemejante, pero ligadas cronológicamente por una misma patogenia, resultando de las experiencias practicadas que á estas lesiones intersticiales hay que agregar las parenquimatosas, que se traducen por degeneraciones epiteliales con producción de cilindros.

Según el modo experimental adoptado, las reacciones son diferentes, y bajo este punto de vista los autores agrupan los tipos en formas hematógenas y ascendentes. A la inyección arterial sigue una nefritis tuberculosa folicular diferenciada únicamente por la riqueza de la neoformación de la producida por inyección intravenosa. A la inoculación subcutánea ó intraperitoneal corresponde el cuadro de una nefritis intersticial tuberculosa, y en la que la invasión del riñón por el bacilo siguió probablemente la vía linfática. A la inoculación canalicular sigue una pionefrosis tuberculosa ó un absceso frío de la pelvis renal, que puede convertirse en punto de partida de formaciones nodulares pericanaliculares.

---

*Indicación y resultados de la extirpación del riñón, especialmente en la tuberculosis de dicho órgano*, por el Dr. Rovsing, de Copenhague. (*Ann. des mal. des organ. genito-urinaires*. París, 1.° Julio 1906.)

En la tuberculosis renal la indicación operatoria depende de varios puntos.

De la extensión del proceso: hay cirujanos que, creyendo en curaciones espontáneas, rechazan la nefrectomía; otros prefieren hacer una resección cuando se trata de tuberculosis poco extensas; Rovsing afirma, con muchos otros, que es preciso hacer la nefrectomía sin pérdida de tiempo en cuanto se haya diagnosticado una tuberculosis renal aun poco extensa.

Propagación del proceso á la vejiga: cuestión de extrema importancia, pues los síntomas vesicales son por los que el enfermo va á consultar al médico; Rovsing cree haber encontrado un medio seguro para curar la tuberculosis vesical aun cuando esté invadida gran parte del órgano; inyecta en la vejiga 100 c. c. de solución fenicada al 5 por 100 de 38° C., repetida dos ó tres veces con intervalo de dos días; consecuencia de estas posibles curaciones es que, aun siendo muy extensa la tuberculosis vesical, no constituye obstáculo para la nefrectomía, á juicio del autor.

¿La tuberculosis de los órganos genitales es una contraindicación

para la nefrectomía? Según las experiencias del autor, es preciso operar con gran energía en estos casos, extirpando epididimos y testículos tuberculosos en la misma sesión de la nefrectomía.

¿Hay posibilidad, y de qué modo, de saber si el otro riñón funciona suficientemente para el organismo?

Después de pasar revista á todos los procedimientos hoy en uso (cistoscopia, cateterismo ureteral, separación intravesical, determinación de la urea, prueba del azul de metileno, crioscopia, prueba de la floridzina), viene en conclusión á aconsejar como el mejor, más seguro y sencillo el de la determinación de la urea, sin olvidar el cateterismo ureteral, que le permite hacer investigaciones más cuidadosas y seguras acerca de las cualidades químicas, histológicas y bacterianas de las orinas de cada riñón.

En algunos casos en que fué impracticable el cateterismo ureteral hizo la exploración de los riñones por la sección lumbar bilateral.

DR. CARLOS NEGRETE

# BIBLIOGRAFÍA

**Tratado de Ginecología**, por Miguel A. Fargas, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona, etc.

Es personalidad de tal relieve en la Ginecología contemporánea la del ilustre catedrático de Barcelona, que su solo nombre constituye una garantía de la bondad de cuanto pueda brotar de su pluma como producto de su copiosa ciencia y de su ya larga práctica; y si á esto se unen sus condiciones de talento bien equilibrado, de modestia, de constancia para el trabajo metódico, de habilidad operatoria, no es de extrañar que sea tan respetado el nombre de Fargas dentro y fuera de España y que sintamos por él simpatía profunda los que, habiendo comenzado al mismo tiempo el ejercicio de la especialidad, le hemos visto remontarse paso á paso y por su propio esfuerzo á la cima del verdadero magisterio, contribuyendo de modo poderoso á la difusión y engrandecimiento de la Ginecología en nuestro país.

Y por si algo faltaba para la consagración del maestro, hoy nos ofrece su notable Tratado de Ginecología, voluminosa obra didáctica en dos tomos, cuyo primer fascículo vió la luz al finalizar el año 1903, y el cuarto y último llegó á nuestras manos durante el verano del año corriente; es decir, que el Dr. Fargas ha invertido casi tres años en acopiar y ordenar los materiales de este monumento que lega á los médicos españoles. Y no podía ser de otro mo-

do, tratándose de una obra que, sobre contener la doctrina más moderna en asuntos ginecológicos, sancionada por el laboratorio y por la clínica, así como los numerosos procedimientos con que hasta la fecha se ha enriquecido la técnica quirúrgica de la especialidad, lleva también el sello personal del autor, contrastando en todos los capítulos la ciencia y práctica ajenas con las propias, como resultado de una asidua labor de más de veinte años.

El plan adoptado por el autor es el que mejor cuadra á las necesidades de la enseñanza, puesto que á los alumnos está dedicado en primer término este Tratado de Ginecología, aun cuando los especialistas y los médicos en general le podrán consultar siempre con gran provecho. El primer fascículo contiene la anatomía, fisiología é higiene del aparato genital femenino, dando á la última carácter sociológico, á la manera de los tratadistas norteamericanos; la etiología, patogenia, sintomatología y terapéutica generales de las genitopatías están tratadas con arreglo á las doctrinas hoy sancionadas por la ciencia. Merece especial atención en este fascículo la parte que se ocupa de los *accidentes y complicaciones de la laparotomía*, porque en ella hace gala el autor de sus vastos conocimientos y de su excelente criterio clínico para juzgar las debatidas cuestiones que son motivo de su estudio, aportando su observación propia á la resolución del importante problema terapéutico.

En el fascículo II se ocupa de las «Enfermedades de la vulva y de la vagina»; y consecuente con su orientación clínica, hace un grupo de las infectivas, otro de las anomalías congénitas y adquiridas, y un tercero de las neoplasias vulvo-vaginales. Todos los cuadros nosográficos son perfectos, claros, concisos; y en lo relativo al tratamiento quirúrgico, no queda método ni procedimiento por describir, llegando en algunos á ilustrar todos los tiempos de la intervención en forma tal que resulta ésta completamente objetivada.

El fascículo I del tomo II está dedicado á las «Enfermedades del útero», comprendiendo en un primer grupo las infectivas, de las que hace un estudio acabado; pudiendo asegurar que en lo referente á las metritis, para las cuales adopta muy cuerdamente la clasificación anatómica y no la etiológica ni la clínica, no es posible decir más; en un segundo grupo estudia las anomalías del útero, y en un tercero las neoplasias. El fascículo II comprende las «Enfermedades de los anexos», con la propia división de infectivas, anomalías y neoplasias. En este tomo es donde resalta más la personalidad del autor, porque es en él mayor el contingente de su propia práctica, lo mismo en texto que en grabados; juzgando con criterio conservador el problema quirúrgico, con pleno dominio de la técnica para vencer las dificultades, disponiendo de extensa casuística para apreciar las ventajas y los inconvenientes de los distintos procedimientos, el

tratado de las enfermedades del útero y de los anexos constituye una verdadera obra maestra.

Tiene, además, el Dr. Fargas el mérito de no recargar las descripciones, para que resalten los conceptos más precisos y pueda el lector darse cuenta exacta y rápida de la doctrina más racional en cuestiones de patogenia, de los síntomas más culminantes en las de diagnóstico; y por la profusión de grabados, en gran parte originales, que ilustran cada capítulo, se objetivan todos los asuntos y se impone fácilmente el profesor en los menores detalles de la técnica.

Tampoco ha olvidado el autor, y es una cualidad que le honra sobremanera, el indicar en cada capítulo la bibliografía española referente al asunto de que trata; y esto es tanto más de agradecer, cuanto que á la escasez de trabajos que en nuestro país se publican se une el desconocimiento absoluto que los extranjeros tienen de nuestro idioma, para que aquellos pocos que ven la luz sean ignorados, viniendo el tratado de Fargas á remediar en parte esta falta.

Nada hemos de decir de las condiciones materiales de esta obra, pues ha sido editada con verdadero lujo y supone dispendios considerables, que quisiéramos ver recompensados; porque si sólo la doctrina representa un esfuerzo extraordinario de voluntad y de amor á la ciencia patria, la manera de presentarla exige en nuestro país un esfuerzo mayor de paciencia y de dinero, que bien merece el aplauso que todos como nosotros han de tributarle y la acogida que ha de dispensarle la clase médica.

---

**Fisiología é higiene humanas al alcance de los niños**, por D. Dionisio García Alonso..

El laborioso é ilustrado médico titular de Villavieja (Salamanca) publicó el año pasado, á instancias del insigne fundador de las Escuelas del Ave María, Sr. Manjón, unos libritos á modo de cartillas que contienen las nociones más indispensables sobre fisiología é higiene humanas, y dispuestas en un orden progresivo de complejidad, para que los maestros puedan seguir en su explicación el método intensivo, haciéndolas utilizables por las clases de párvulos, elemental y superior, á fin de que los niños salgan de la escuela con aquellos conocimientos necesarios para la mejor conservación de la salud, habiendo antes aprendido el funcionamiento de la complicada máquina humana.

El trabajo de nuestro compañero Sr. García Alonso es muy recomendable y digno de figurar en todas las escuelas.

DR. GUTIÉRREZ

---

**La evolución de la materia**, por G. L. Bon.—Librería «Gutenberg», de José Ruiz, 1906.

1.° La materia, que hasta ahora se suponía indestructible, se está lentamente desvaneciendo por la continua disociación de los átomos que la componen.

2.° Los productos de la desmaterialización de los átomos constituyen substancias intermedias por sus propiedades entre los cuerpos ponderables y el éter imponderable, es decir, entre los dos mundos que la ciencia había profundamente separado hasta aquí.

3.° La materia, que ha sido considerada como inerte, y no puede, por lo tanto, restituir más que la energía que la han comunicado, es por el contrario un colosal reservorio de energía (la energía intraatómica) que puede esparcir ó desprender sin recibir nada de fuera.

4.° De esta energía intraatómica, que se manifiesta durante la disociacion de la materia, resultan la mayoría de las fuerzas del Universo, la electricidad y el calor solar principalmente.

5.° La fuerza y la materia son dos formas diversas de una misma cosa. La materia representa una forma estable de la energía intraatómica. El calor, la luz, la electricidad, etc., representan formas inestables de la misma energía.

6.° Al disociarse los átomos, es decir, al desmaterializarse la materia, no se hace más que transformar la forma estable de la energía llamada materia en esas formas inestables conocidas con los nombres de electricidad, luz, calor, etc.

7.° La ley de evolución, aplicable á los seres vivos, es igualmente aplicable á los cuerpos simples; las especies químicas, como las especies vivas, no son invariables.

### LA MATERIA Y LA FUERZA

El problema de la naturaleza de la materia y de la fuerza es uno de los que más han puesto á prueba la sagacidad de los sabios y de los filósofos. La solución completa de este problema ha escapado siempre á una dilucidación satisfactoria por ser todavía desconocida (y quizá siempre) la razón primera de todas las cosas.

Los estudios modernos no conducen tampoco á una completa solución; pero hacen concebir de otra manera diferente la energía y la materia.

La concepción es la siguiente: Los átomos son un reservorio enorme de energía, constituídos únicamente por un sistema de elementos imponderables mantenidos en equilibrio por las rotaciones, atracciones y repulsiones de las partes de que se componen. De este

equilibrio resultan las propiedades materiales de los cuerpos, tales como los pesos, forma y permanencia aparente.

Esta concepción conduce á considerar á la materia como una variedad de la energía. A las formas conocidas de energía, como calor, luz, etc., hay que añadir otra: la materia ó energía intraatómica, caracterizada por su colosal tamaño y su considerable acumulación en un pequeño volumen.

En resumen, se puede decir que todos los fenómenos son una transformación del equilibrio atómico. Cuando la transformación del equilibrio es rápida, percibimos el calor, luz, electricidad, etc.; cuando los cambios de equilibrio son lentos, percibimos la materia.

Como la energía está condensada en el átomo en cantidad inmensa, resulta de aquí que una pérdida insignificante de materia supone la creación de una cantidad enorme de energía.

Pero vamos á cuentas, y discurramos también por nuestra parte.

Parece ser, según estas doctrinas, que el principio de que en la Naturaleza «nada se crea, nada se pierde» no es cierto; aquí los cuerpos se desvanecen, se deshacen, se desmaterializan; las energías que tienen concentradas las pierden, transformándose de cuerpos ponderables en imponderables, en éter.

Luego parece ser, según esto, que en la Naturaleza todo cambia, todo perece.

Sin embargo, se ocurre pensar...

Las energías, que no son más que movimiento ó traslación, no pueden dejar de trasladarse, sin haber producido una modificación, aunque no sea más que de lugar, es decir, su cambio ó transformación. Esto creo yo que viene á ser todo: cambios, transformaciones, modificaciones constantes, perpetuas, eternas.

Hoy no lo conocemos; pero ¿quién podrá negar que la última división de la materia, llamada éter, lo que es imponderable ó carece de peso, no puede por un fenómeno inverso al ahora estudiado reunirse, formando equilibrios de materia enrarecida más próximos, que den lugar á fenómenos inversos que los hasta aquí estudiados y á maravillas que la Ciencia aun no ha podido imaginar?

DR. S. G. HURTADO

---

**El valor de la Ciencia**, por H. Poincaré, miembro del Instituto, profesor de la Facultad de Ciencias de la Universidad de París; versión española de E. González Llana.—Madrid, Librería «Gutenberg», de José Ruiz (Plaza de Santa Ana, 13), 1906.

Después de proclamar en la introducción que «la investigación de la verdad debe ser el objeto principal de nuestra actividad y el fin más importante de nuestro trabajo», refiriéndose en primer tér-

mino á la verdad científica, aunque sin renunciar á hablar de la moral, uno de cuyos aspectos se llama justicia, Poincaré, con la convicción que le distingue, expone las relaciones entre la Moral y la Ciencia, su valor, su importancia y su progreso.

Estudia en la primera parte del libro las ciencias matemáticas, analizando, en capítulos diferentes, el papel de la intuición y la lógica en ellas, la medida del tiempo, las nociones del espacio y sus tres dimensiones, desenvolviendo tan sucinta como claramente, en párrafos aparte, el grupo de los cambios, la identidad entre dos puntos, el espacio táctil, la identidad de los diversos espacios, el espacio y el empirismo, el espíritu y el espacio, y, por último, el papel de los canales semicirculares.

En la segunda parte se ocupa de las ciencias físicas, exponiendo detalladamente su juicio acerca del Análisis y la Física, la Astronomía, la historia de la Física matemática, su pasado, su porvenir, la Física de las fuerzas centrales, la de los principios y la utilidad de la antigua, estudiando la crisis actual de la Física matemática en sus principios fundamentales: de Mayer, ó de conservación de la energía; de Carnot, ó de la degradación de la energía; de la relatividad, de Newton, ó de la igualdad de la acción y de la reacción; de Lavoisier, ó de conservación de la masa; para venir á deducir el porvenir de la Física matemática, difícil de prever, pero quizá constituído en el gran desarrollo de la teoría cinética de los gases, sus consecuencias y la constitución de una nueva mecánica.

Y en la tercera y última parte trata de resolver: ¿Es artificial la Ciencia?, examinando la filosofía de Le Roy, para quien la Ciencia no es más que una regla de acción, discutiendo la imposibilidad de delimitar el hecho bruto del científico, y el nominalismo y el invariable universal, terminando con un capítulo dedicado á la Ciencia y la Realidad, en que estudia: contingencia y determinismo, objetividad de la Ciencia y la rotación de la Tierra, para terminar defendiendo la Ciencia por la Ciencia.

La brillantez de la exposición y lo perfecto de la traducción hacen aún más recomendable este libro, el cuarto de la Biblioteca de Filosofía dirigida por el Dr. Gustavo Le Bon, muy bien presentada por su editor español.

DR. YAGÜE

# VARIEDADES

**Sobre el estudio de las enfermedades, traumatismos y procesos degenerativos del cerebro por medio de los rayos de Roentgen**, por J. Rudis Jiciuski (de Iowa, E. U. A.)—La skiagrafía ó radiografía, gracias al maravilloso desarrollo que ha tomado el descubrimiento de Roentgen, es un poderoso medio de diagnóstico para el médico cirujano, de la más alta importancia práctica.

Todo el que ejerza la profesión médica puede ser llamado para el tratamiento de lesiones del cerebro, traumatismos de la cabeza, procesos degenerativos originados por estas y otras causas, que se observan tanto en los niños como en los adultos. Las dificultades con que el práctico tropieza para formular un diagnóstico correcto é instituir un tratamiento apropiado son mayores en estos casos, y de aquí la importancia que puede tener para nosotros la lectura de un negativo como medio auxiliar para inducirnos ó no á una intervención.

El diagnóstico que podemos hacer por los medios usuales no siempre es satisfactorio, y es indudable que en algunas circunstancias pueden ayudarnos los rayos Roentgen, sobre todo en los casos oscuros. Mas téngase presente que las dificultades aquí también son considerables, y que no basta ver una radiografía aislada: es preciso estudiar el tono diferente de las sombras que dan las partes distintas del cerebro, ya normal, ya patológico, haciendo experiencias con pantallas de plomo agujereadas, como ya recomendé en mi *Protector* (véase *New York Medical Journal*, Febrero 18 de 1899 y Diciembre 2 del mismo año).

El negativo normal de una cabeza puede llegar (con alguna posibilidad, pero también con alguna limitación) á dejar percibir las diferentes capas, marcando contrastes de la piel, huesos, fascia superficial y pericráneo; las relaciones topográficas del cerebro, los senos frontal y maxilar, los senos venosos de la duramadre, la posición de la medula oblongada con relación á las paredes del cráneo, su relación con la fisura de Rolando, el septum nasal, las órbitas y demás cavidades, con el diferente tono y grosor de los huesos, etc. Podemos trazar en la placa los contornos de las suturas craneales, empastes meníngeos, senos laterales y relaciones con los senos venosos, alas del esfenoides, base de implantación triangular de la porción petrosa, porción escamosa, pómulos, etc., todo lo cual puede aplicarse á la mejor localización de circunvoluciones y fisuras. Una

radiografía perfecta del perfil de la cabeza debe darnos la circunferencia del cráneo y el espacio entre las porciones óseas. Entre la curva superior del contorno óseo y la base del cráneo se encuentra una sombra grisácea oscura, que es el cerebro, á través de las paredes laterales del cráneo. Cada alteración del territorio cerebral ó sus paredes puede aparecer en la radiografía como una sombra, ó, por el contrario, un punto más claro. Podemos llegar á reconocer en una cabeza un traumatismo antiguo ó reciente y lesiones intracraneales. Con la ayuda de los rayos X se puede localizar una herida ó un proceso degenerativo mejor que por cualquier otro camino. Si hay una fractura de más ó menos tiempo, simple ó complicada con fisuraciones ó depresiones, puede determinarse en cinco ó diez segundos sin daños ni inflamaciones ni complicaciones, induciendo en los casos necesarios á la intervención quirúrgica, levantando lo que hace espolón ó está comprimiendo, etc.

Puede percibirse alguna fisura estrellada ó simple de la lámina vítrea sin prolongadas ni dañosas exploraciones, y hasta el edema, que cuando aparece puede hacer perder el contorno más claro de los huesos. En la perimeningitis la capa interna de la pared craneana puede ser menos permeable á la luz, pero puede reconocerse una meningitis unilateral. La sombra que proyecta el hueso, el hematoma y la degeneración son diferentes, y en los cuerpos extraños y destrucciones de tejidos los resultados son aún mejores.

En los exóstosis, tumores óseos y cerebrales, meníngeos, gomas de la superficie del cerebro, hidrocéfalos, etc., pueden los rayos X ayudarnos con muy buenos servicios. Los sacos rellenos de sangre organizada ó no por los contornos y sombras que proyectan, el área que ocupan, el contraste con el tejido cerebral, los depósitos calcáreos ó espículas, etc., pueden ser diagnosticados. No solamente podemos reconocer el tamaño y situación de alguna esquirla ósea, sino los daños que ha podido causar.

La degeneración del cerebro, los abscesos, por una sombra más clara que proyectan. Las localizaciones de las diferentes lesiones del cerebro y sus cubiertas, las neoplasias, así como los procesos tuberculosos, pueden ser más fácilmente reconocidos y hacer posible una trepanación. En la hernia del cerebro podemos observar las masas fungosas proyectadas fuera de las paredes, abiertas las espículas, y en algunos casos de epilepsia puede encontrarse la causa real de la misma, así como las posibilidades de estudio de vesanias, melancolías, neurosis, etc.

El valor de los rayos X en casos semejantes, después de muchas experiencias para aprender á interpretar las sombras, unido á los demás conocimientos de Anatomía, Patología y Física, pueden ser hoy de una utilidad indiscutible.

*Caso 1.º*—José F. B., de treinta y nueve años. Hace diez padeció una insolación. Desde ese tiempo se queja de torpidez persistente, dolor de cabeza en el lado izquierdo, cambios de carácter, irritable; ha tenido vértigos, dispepsia, vómitos, seguidos de ligera parálisis sin convulsiones. Ultimamente había retención de orina y otros síntomas más oscuros. El tono muscular y la inteligencia, normales. Se hizo la radiografía, cubriendo la parte no examinada con una hoja de plomo, y lo que se exploró se afeitó y dió con aceite. Los rayos X revelaron una gran mancha epidural bajo el parietal izquierdo en la sutura sagital. El tubo se colocó en un ángulo en la parte anterior y superior de la cabeza; la exposición de medio á un minuto, empleando bobina y gran tubo alemán, á 20 pulgadas de distancia el anodo de la placa, con un vacío equivalente á una chispa de tres pulgadas y diafragma de plomo. El empaste epidural, que tomó cuatro pulgadas de largo, fué extirpado, y la curación se consiguió en tres semanas sin complicación alguna.

*Caso 2.º*—Adolfo W., de veintiocho años. No hay antecedentes específicos. El caso es diagnosticado, según todos los síntomas y la historia no muy definida, de traumatismo cerebral. La trepanación estaba indicada por haber síntomas de alguna presión, y posiblemente de alguna fractura antigua. Sometido á la exploración radiográfica, se pudo plenamente demostrar un proceso degenerativo en el cerebro, que se extendía de la zona parietal á la región de la base; el proceso degenerativo cerebral proyectaba una faja blanca clara que contrastaba con la característica nebulosidad del tejido normal. El negativo daba detalles de los huesos del cráneo, pero no fractura. La operación no se practicó, y la examinación *post mortem* confirmó el diagnóstico radiográfico.

*Caso 3.º*—W. D., de cuarenta años de edad. Antecedentes hereditarios, buenos; personales, no claros. El enfermo es mudo. Síntomas de presión sobre la estructura cerebral con todos los caracteres de un tumor intracraneal; mas no pudo hacerse un diagnóstico positivo ni una localización determinada del tumor. La radiografía demostró una mancha blanquecina (excrecencia ó tumoración) en el lóbulo occipital y cerebelo. Un estudio detenido del caso, con las sugestiones á que dió lugar el radiograma ó skiagrama, hizo suponer que se trataba de un goma sifilítico. El tratamiento específico dió buenos resultados, consiguiendo la gradual curación.

**Influencia de la luz en la producción del cáncer de la piel.**—Cada vez que va estudiándose más este agente terapéutico, van descubriéndose, como es natural, nuevas propiedades del mismo.

Con una acción determinada curativa é indudable sobre el lupus y cánceres superficiales de la piel, parece ahora resultar que

en ciertos individuos produce una acción diametralmente opuesta.

El Dr. James Nevius Hyde, de Chicago, profesor de enfermedades de la piel en «Rush Medical College», es el autor de un artículo, del cual extracto las siguientes conclusiones:

1) La piel del cuerpo humano en una cierta proporción de individuos, y *solamente en éstos*, es hipersensitiva á la acción de los rayos actínicos del espectro.

2) Esta hipersensibilidad puede ser traducida en la producción de una hiperemia, pigmentación, telangiectasia, atrofia, hiperkeratosis ó cancerosis de la piel, apareciendo ésta de pronto ó en un determinado orden de sucesión.

3) En las formas de cáncer de la primera edad, conocidas con los nombres de xesoderma pigmentoso, pigmentación, telangiectasia, atrofia, hiperkeratosis ó cancerosis de la piel, la luz actínica, como causa productora, se reconoce muy rara vez.

4) Pigmentación, telangiectasia, atrofia, hiperkeratosis y cancerosis de la piel preséntanse en los adultos con mucha más frecuencia que en los niños. Las reacciones de los rayos actínicos de la luz sobre la piel, capaces de producir los anteriores trastornos, se observan con más frecuencia en los períodos medios de la vida.

5) La fisiológica pigmentación de la piel en las razas de color la proveen de una relativa inmunidad para las afecciones cancerosas.

6) Las razas de color parece que sufren menos de afecciones cancerosas que las otras razas. Esta inmunidad relativa quizá sea debida á la protección de la piel por la materia pigmentaria.

**Barcelona sucia.—Artículos de malas costumbres.**—Con este epígrafe, el Dr. D. Guillermo López ha publicado un folleto relatando las deficiencias, vicios, malas costumbres, etc., de Barcelona. Al final publica la siguiente desconsoladora estadística:

INSTRUCCIÓN Y EDUCACIÓN

| | |
|---|---|
| Universidad | 1 |
| Seminario | 1 |
| Escuelas Municipales de artes | 2 |
| Id. id. de música | 1 |
| Id. id. de niñas | 45 |
| Id. id. de niños | 48 |
| Colegios particulares de niñas | 221 |
| Id. id. de niños | 204 |
| Colegios de Asociaciones religiosas para niñas | 42 |
| Id. id. id. para niños | 35 |
| Bibliotecas públicas | 7 |
| TOTAL | 607 |

DIVERSIÓN Y VICIO

| | |
|---|---|
| Casas de mancebía | 403 |
| Cafés cantantes | 74 |
| Cafés | 170 |
| Botillerías | 141 |
| Kioscos de bebidas | 68 |
| Bodegones | 300 |
| Tabernas | 1.500 |
| Plazas de toros | 2 |
| Frontones | 4 |
| Teatros | 20 |
| Cinematógrafos | 23 |
| TOTAL | 2.742 |
| *Diferencia en favor de la diversión y el vicio* | 2.105 |

En este folleto demuestra el Sr. López ser un buen observador, y al mismo tiempo observador utilitario, poniendo el remedio que cree más conveniente á cada una de las llagas sociales que trata de combatir.

**Productos radio-activos.**—La casa E. de Haën, fábrica de productos químicos de Hannover, se dedica á extraer productos radio-activos, formados por el bromuro de radium y el de barium.

La unidad para medir la radio-actividad es el urano; es decir, que se calcula la radio-actividad de este metal igual á 1.

Las sustancias radio-activas tienen la propiedad de hacer conductor de la electricidad el aire atmosférico. Para demostrar esto se utiliza un electroscopio, que es un aparato que se carga de electricidad, como es sabido, y se descarga por la proximidad de una sustancia radio-activa que haga más ó menos conductor el aire que rodea al aparato. Así se ve la radio-actividad de las aguas minerales y de cualquier otra sustancia. La intensidad de los fenómenos observables se determina naturalmente por la cantidad de radium y la cantidad de sustancia que se ensaya. Para un producto de 800.000 unidades, 2 miligramos es suficiente para hacer visibles los fenómenos; mas para aplicaciones terapéuticas se necesitan, por lo menos, 5 miligramos.

Lo conocido hasta ahora sobre estas sustancias podemos resumirlo:

1.° Los productos radio-activos tienen la propiedad de lucir en la oscuridad y sin exposición anterior á la luz, como las sustancias fosforescentes.

2.° Tienen la propiedad de hacer conductor el aire atmosférico. Así, pues, un circuito eléctrico interrumpido por una capa de aire se cierra de nuevo interponiendo una pequeña cantidad de una sustancia radio-activa.

3.° Emiten rayos X que atraviesan las capas opacas, impresionan las placas fotográficas é iluminan las pantallas de platino, cianuro de bario y de sulfuro de zinc.

4.° Actúan sobre la piel humana, por lo cual es necesario observar ciertas precauciones; por ejemplo, no llevar la sustancia mucho tiempo en el bolsillo.

5.° Tienen la propiedad de colorear el vidrio en violeta y en amarillo.

6.° La potencia de germinación en ciertas semillas, como la mostaza, berro, etc., así como la clorófila, son destruídas por los productos radio-activos.

7.° Depositando una pequeña cantidad de una sustancia radio-activa sobre una pantalla de sulfuro de zinc, se puede observar en la oscuridad con una lupa una producción continua de chispas, que se ha llamado «*el bombardeamiento de los electrones*». Para demostrar estos fenómenos se hace uso del spinthasiscope.

Los productos radio-activos deben preservarse de la humedad, que les hace perder su actividad.

Se envían los de poca actividad en tubos de vidrio, y los más activos en cápsulas de acero y ebonita, con una cubierta de mica, al través de la cual se ve la sustancia radio-activa, y sirven para aplicaciones terapéuticas.

**¿Es posible la regeneración de tractus del sistema nervioso central?**—L. Pierce Clark establece las siguientes conclusiones:

1.ª Los experimentos llevados á cabo en animales han demostrado que *tractus* del sistema nervioso central no se regeneran tan pronto como se restablecen las funciones interrumpidas. En los animales de sangre caliente, y especialmente en el hombre, se ve un intento abortado de regeneración de los cordones, limitado á la reproducción de fibras de un indudable tipo periférico.

2.ª El análisis histológico en casos de hemisección, paraplegias por compresión y mielitis y en lesiones destructivas semejantes de los cordones, he evidenciado que la regeneración del *cilindr axis* nunca ocurre en la medula espinal. En la división del cerebro ó de los cordones medulares se presenta degeneración simple seguida de esclerosis.

3.ª La razón más aceptable para explicar la no regeneración consiste en que las fibras nerviosas centrales comprimidas no po-

seen vaina neurileumática, por la cual se produce la regeneración en los nervios periféricos.

4.ª Los casos citados por Stewart y Hart no llegan á convencer.

5.ª En casos de completa sección transversal de los cordones medulares, ni la experimentación ni la clínica autorizan en la actualidad á intervenir suturando los cabos seccionados de la medula.

**Diagnóstico de los cálculos renales por los rayos X.**— C. T. Holland presenta sobre este asunto las siguientes conclusiones:

1.ª Cuando una piedra ó piedras tinen el tamaño suficiente para producir síntomas que hagan pensar en una intervención, la cuidasa examinación con los rayos X puede siempre demostrarlas, y en los casos en que los síntomas no fueran suficientes á demandar la operación debe siempre hacerse un examen radiográfico.

2.ª En muchos casos la proyección de la sombra debe dar el tamaño, forma y posición del cálculo, así como el asiento renal ó ureteral. En algunos casos difíciles debe hacerse una radiografía estereoscópica y ayudarse con el uso de sondas.

3.ª El diagnóstico negativo sólo debe aceptarse cuando se hayan examinado cuidadosamente ambas regiones renales, y estemos convencidos de la calidad de las placas empleadas, así como del poder de penetración de los rayos y de la posibilidad de distinguir las sombras de huesos, cálculos, etc., de los otros tejidos.

4.ª No debe haber justificación para intervenir ó prolongar el tratamiento médico sin un previo examen radiográfico.

(*British Medical Journal*, 2 Junio 1906.)

**Universidad de Cambridge.** — El 26 de Julio del presente año se ha provisto por elección la plaza de primer profesor de Biología de la Universidad de Cambridge (fundación Quick).

El profesor deberá consagrarse al estudio de los protozoarios, especialmente bajo el punto de vista de su papel patógeno, y hacer progresar esta rama de la ciencia por sus estudios y por la dirección de su laboratorio.

Tiene un sueldo anual de 820 libras (unas 23.575 pesetas al cambio actual), y 100 libras para entretenimiento del laboratorio.

Los candidatos para proveer las plazas de esta Universidad pueden ser de cualquier nación, siempre que hablen inglés y dirijan sus demandas, apoyadas por tres personas de reconocida probidad y competencia, á The Vice-Chancellor, Trinity Hall Lodge, Cambridge, England.

**Conferencia internacional sobre la tuberculosis.**—La V Conferencia internacional sobre la tuberculosis tuvo lugar este año en La Haya, del 6 al 8 de Septiembre, á invitación de la Asociación Neerlandesa contra la Tuberculosis. Veinticinco naciones se han adherido á la Asociación Internacional contra la Tuberculosis, cuyo asiento social es Berlín, y que ha sido fundada en 1902 bajo la presidencia del profesor M. Brouardel y de M. Althoff, de Berlín.

Como consecuencia de los trabajos presentados al Congreso de París de 1905, las cuestiones que debían tratarse obligatoriamente son: terapéutica específica, vías de infección, gastos de los sanatorios, de los dispensarios y lucha contra la tuberculosis infantil.

**Protección de las habitaciones en los sitios palúdicos.**—El importante descubrimiento de Rouald Ross referente al papel de ciertos *Culicides* del género *Anopheles* (mosquitos) en la propagación del paludismo, ha modificado radicalmente la profilaxis de esta endemia tan extendida por todos los países.

A un enemigo implacable é invisible, el miasma, al que era imposible sustraerse, ha sustituído un sér que puede verse y observarse, y, por consiguiente, tomar medidas de defensa lógicas y científicas que aseguren la preservación del individuo contra la picadura del mosquito, causa del desarrollo de la enfermedad.

La preservación puede ser individual ó colectiva. La primera se realiza con los mosquiteros, empleados desde muy antiguo, y que no son otra cosa que una gasa fina que rodea el lecho, impidiendo que llegue el mosquito á la piel del que en él descansa.

La preservación colectiva puede ser completa, casi completa é incompleta.

En la primera se protegen todas las aberturas de una casa con alumbrado sumamente fino, dispuesto de diferentes modos. En la segunda se protegen las ventanas, balcones y alcobas. Y en la tercera estas últimas habitaciones solamente.

Los resultados positivos en las regiones palúdicas, de esto que puede parecer de poca monta, son los siguientes:

Regiones muy palúdicas.

Proporción de individuos atacados variaba de 57 á 60 por 100.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empleando la protección completa. | 0 | por | 100 |
| Con la casi completa..... | 1,38 | » | » |
| Con la incompleta..... | 8,8 | » | » |

**Orto-diagrafía.—Método para medir con seguridad los contornos del corazón.**—Sabido es que los rayos X emitidos por el anticatodo del tubo de Crookes salen de un punto en forma de cono. En estas condiciones, claro es que no estando el objeto que se

va á radiografiar en contacto directo con la placa, ó siendo algo grueso, la sombra que proyecta tiene necesariamente que ser mayor que el objeto mismo, no dando una idea exacta de su dimensión.

Para hacer una radiografía que dé los contornos precisos del objeto, es necesario aprovechar los rayos perpendiculares solamente, es decir, los que forman un ángulo recto con la pantalla ó la placa fotográfica. Eligiendo únicamente estos rayos y moviendo el tubo al mismo tiempo que se mueve el lapicero que ha de señalar la proyección, podremos contornear la sombra que dé el corazón.

Este varía según la posición del individuo, vertical ú horizontal, y según las desviaciones patológicas de los planos cardíacos.

El profesor F. Moritz ha ideado un aparato que consiste, sencillamente, en tres barras de metal en forma de U. En los extremos de la U va en uno el tubo y en el otro el lápiz marcador, los cuales se mueven á la vez, correspondiendo exactamente la punta del lápiz á los rayos perpendiculares del anticatodo, y siendo la base de la U la barra sobre la cual se mueven. Así se comprende que pueda dibujarse bien un contorno.

Yo prefiero á este aparato el mandado construir por el Dr. Lévy Dorn, de Berlín, y que tiene la ventaja de hacer pasar los rayos utilizables por el agujero de una pantalla de plomo, cayendo perpendiculares sobre la punta del lápiz.

Este aparato lo construye la casa Reiniger Gebbert &, de Erlangen, por 350 marcos.

Si alguno pudiera estar interesado en este asunto, puede consultar *Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, Bd. 82 y 81. *Münchener Med. Wochenschrift,* número 1, 1902, y número 29, 1900. Dr. A. Hoffmann, 16, *Kongress für innere Medizin*, y el 18 y 19 ídem. Dr. Albers-Schönberg: *Die Röntgentechnik* y *Medical Electrology and Radiology*, vol. VII, número 6. June 1906.

# PREMIO NOBEL

Con satisfacción inmensa nos enteramos de que este año ha sido otorgado, por mitad, á nuestro ilustre profesor Ramón y Cajal y al no menos ilustre profesor Golgi. Está de enhorabuena España; y el Instituto Rubio felicita, por este nuevo y positivo triunfo, al sabio maestro, que es uno de sus profesores honorarios.

# AVISO

*Toda la correspondencia administrativa* (suscripciones, bajas, reclamaciones, devoluciones, etc.), así como los *giros, pagos y cobros,* se dirigirán al

**Sr. D. Manuel Lahora,**

*calle de Augusto Figueroa, núm.* 36, *segundo.*

El *cambio* ó *canje* de periódicos, *libros* ó *folletos* para bibliografía, y *trabajos* ó *artículos* para la Revista, al Instituto Rubio, á nombre de los *Secretarios de Redacción.*

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

### SOBRE EL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER UTERINO

CONFERENCIA DEL DR. GUTIÉRREZ EN EL INSTITUTO RUBIO el día 8 de Noviembre.

Señores: Por acuerdo de la Dirección tengo el honor de inaugurar la serie de conferencias que acerca del *cáncer* deben dar en el presente curso diversos profesores de este Instituto, y es natural que en la que me corresponde sea el objeto de estudio el *cáncer uterino*.

Saben ustedes cuánto me ha preocupado este asunto desde 1887, en cuya fecha publiqué mi primer trabajo, al cual han seguido otros varios que han visto la luz en diferentes Revistas y en las actas de los Congresos nacionales é internacionales de la especialidad en que ha sido tema de discusión, pudiendo desde luego anticiparles que, después del tiempo transcurrido y de los perfeccionamientos alcanzados en la técnica quirúrgica, quedan en pie casi todas mis primeras conclusiones.

El estudio del cáncer uterino tiene una importancia extraordinaria por su frecuencia aterradora, pues, como indicaba en mi última publicación acerca de *La lucha contra el cáncer uterino*, de 3.500 enfermas inscritas en la consulta de Ginecología de este Instituto durante un quinquenio (de 1.° de Octubre de 1898 á 1.° de Octubre de 1903), 253 resultan cancerosas, es decir, el 10,12 por 100; la tiene asimismo por los crueles sufrimientos á que expone á la mujer, por la ineficacia de los tratamientos médicos y por las escasas garantías de los quirúrgicos.

A pesar de la negrura que estos conceptos envuelven, llevando al ánimo la idea de que *cáncer* es sinónimo de *muerte*, yo quiero demostrar á ustedes que esta neoformación de estructura epitelial y originada por epitelio que existía previamente, que goza de propiedades malignas y de un poder invasor sobre los tejidos próximos, que se reproduce en forma de tumores secundarios en distintas partes del cuerpo, es, por lo que respecta á la matriz, una enfermedad primitivamente local y, por lo mismo, curable, si tenemos la fortuna de sorprenderla en sus comienzos.

Sin recurrir á la práctica de otros profesores para probar á ustedes que el cáncer uterino es curable, ni repetir la historia de dos enfermas operadas por W. Freund, que vivían después de veinticinco años de haberles extirpado la matriz, casos que han dado la vuelta al mundo, puedo decirles que existe en esta corte una señora, dueña de un hotel acreditado, á la cual practiqué el 22 de Febrero de 1891 la histerectomía vaginal por un cáncer del cuello diagnosticado clínica é histológicamente, y que goza, después de quince años, de una salud envidiable; que reside en Sevilla una respetable marquesa á quien practiqué la misma operación, y por la misma causa, el 5 de Diciembre de 1892, y hasta la fecha no se ha alterado su buena salud; que en Madrid ejerce su oficio de cocinera actualmente otra enferma por mí operada, el 30 de Abril de 1892, de histerectomía vaginal por cáncer del cuello, sin que haya el menor indicio de reproducción. Y no les hablo de otras operadas hace seis, ocho y diez años, que aún me visitan en previsión de que pueda presentarse algún retoño del mal, porque, desgraciadamente, he visto reproducirse el cáncer en dos enfermas después de nueve y diez años de haberles extirpado la matriz y de haber gozado durante ellos de la más floreciente salud.

Pero el *desiderátum* de la curación sólo se consigue cuando se diagnostica pronto el cáncer, cosa que no deja de ofrecer dificultades para la generalidad de los profesores, por la imposibilidad de hacer el historial de un cáncer uterino; pues cuando las enfermas acuden á nuestras consultas es de ordinario en los últimos períodos, al observar que las hemorragias precursoras de la esperada menopausia no cesan, ó que el olor nauseabundo de un flujo seroso ligeramente teñido de sangre (como agua de lavar carne, según frase vulgar) llama su atención y la de las personas que las rodean, obligándolas á huir del trato social y á buscar el aislamiento dentro de su propio hogar, pues, á la vez que pierden el apetito, se demacran y su rostro adquiere el tinte pajizo, su espíritu se abate; ó bien desde el momento en que los dolores atormentan su sueño. Pocas son las enfermas que á las primeras manifestaciones del padecimiento se deciden á buscar el auxilio de la ciencia; ni aun las mismas que han visto en su familia casos de esta triste experiencia suelen ser previsoras cuando de su salud se trata, aunque, afortunadamente para ellas, las pocas que sorprendemos con un cáncer en sus comienzos, ignoran la naturaleza de su enfermedad y sólo piensan en algún catarro que les produce aquel flujo, por el cual se prestan á un reconocimiento.

Por otra parte, requiere á veces el diagnóstico precoz el auxilio del laboratorio, y no todos los profesores disponen de medios para practicar un análisis histológico, ni tienen los conocimientos necesa-

rios para hacer un estudio comparativo de los distintos epitelios que normalmente existen en el útero, y de los cambios que éstos sufren cuando el órgano es invadido por el cáncer en cualquiera de sus tres porciones (hocico de tenca, cuello y cuerpo).

Con el fin de que puedan ustedes vencer estas dificultades, he de recordarles la práctica que seguimos en el dispensario de Ginecología, lo que varios de los presentes oyen y ejecutan á diario al redactar las historias clínicas; y para ello, he de dividir en tres grupos los elementos de diagnóstico: datos clínicos, datos histológicos, datos diferenciales.

### DATOS CLÍNICOS

*Edad.*—Si acudimos á nuestra estadística de un quinquenio, que arroja 253 enfermas cancerosas, veremos que figuran:

| | |
|---|---|
| De 20 á 30 años | 7 |
| » 30 á 40 » | 56 |
| » 40 á 50 » | 104 |
| » 50 á 60 » | 64 |
| » 60 á 70 » | 20 |
| » 70 á 80 » | 2 |
| | 253 |

De cuya estadística, como de todas las publicadas, se deduce que el cáncer uterino es más frecuente de los cuarenta á cincuenta años que en otra época de la vida; pero puede presentarse á los veinte (hemos visto un caso) como mínimum, y á los setenta y cinco como máximum.

¿Por qué es más frecuente en la llamada edad crítica? Si hemos de creer á los partidarios de la teoría glicogénica, la edad crítica llega cuando, por efecto de una actividad continua, los órganos que constituyen el trípode vital (cerebro, pulmón y corazón) necesitan un reposo merecido.

Entonces las oxidaciones y fermentaciones son más lentas, los cambios nutritivos incompletos; sobreviene una laxitud general que predispone á los éxtasis circulatorios, al mayor acúmulo de anhidrido carbónico en el sistema venoso repleto; no hay equilibrio entre el oxígeno absorbido y el ácido carbónico devuelto con el vapor de agua; el glicógeno no se oxida y se acumula en la sangre; no pasa al estado de grasa ni alcohol utilizado y descompuesto en ácido carbónico y agua. De donde el glicógeno acumulado se convierte en excitante de la proliferación celular, y su presencia se revela en toda nueva formación, sobre todo de origen embrionario.

Descontando lo que de fantasía pueda tener esta teoría, que es contraria á las ideas corrientes acerca de los fenómenos fisiológicos que motivan la menopausia, queda en ella un fondo de verdad que está en armonía con los cambios producidos en el organismo cuando llega la edad crítica, cambios que tienden á alterar profundamente el metabolismo celular, hecho fundamental para nosotros en la génesis del cáncer, y á cuyo estudio debemos aplicar todos los medios de investigación si queremos alcanzar algún día la anhelada solución del problema curativo.

*Partos y abortos.*—Es innegable la influencia que estos factores, con el embarazo, tienen en el desarrollo del cáncer, tanto por las modificaciones que la gestación imprime en los elementos anatómicos y en la nutrición del aparato genital como en la de todo el organismo, cuanto por el traumatismo que aquellos actos representan, y que se traducen en desgarros, cicatrices viciosas, alteraciones del epitelio de la mucosa uterina, retenciones de elementos fetales que pueden desviar de la normal la regeneración del mismo epitelio. Así vemos que de 227 cánceres del cuello registrados en el quinquenio á que nos hemos referido, correspondían á

| | |
|---|---|
| Pluríparas | 197 |
| Nulíparas | 30 |

que representa menos de la sexta parte.

En cambio, de 26 cánceres cavitarios, pertenecían á

| | |
|---|---|
| Pluríparas | 17 |
| Nulíparas | 9 |

Aquellos casos observados en nulíparas, aunque, afortunadamente, más raros, también suelen tener por causa aparente el traumatismo, pues las enfermas, por lo regular, fueron antes tratadas de otros padecimientos, y sufrieron dilataciones, cauterizaciones, etcétera, que han dejado la mucosa en condiciones favorables para una degeneración maligna.

*Historia menstrual.*—Esta corresponde á tres períodos diferentes cuando se trata del cáncer cervical: 1.°, de induración del cuello uterino; 2.°, de desintegración moderada del mismo sin pérdida de tejido; 3.°, de destrucción completa ó extensa del cuello. En el primero las reglas son abundantes, constituyen verdaderas menorragias, y cuando la mujer ha llegado á la menopausia las hemorragias se hacen atípicas ó se presentan anticipadamente á la fecha ordinaria.

En el segundo período las hemorragias no sólo son abundantes y prolongadas, sino que aparecen después de un coito, ó por hacer un

esfuerzo, ó levantar un peso, ó simplemente por el acto de la defecación, pues obedecen de ordinario á la rotura de capilares que acompañan á las pequeñas fungosidades ó vegetaciones formadas sobre la superficie brillante del cuello, entonces aumentado de volumen y duro.

En el tercer período no sólo se presentan hemorragias atípicas, sino que van seguidas de la pérdida constante de un flujo espeso en un principio, más claro después, que acusa la presencia de abundantes leucocitos polimorfonucleares; y cuando se hace continuo y sanguinolento, adquiere un olor nauseabundo producido por la necrosis y desintegración de las excrecencias, y muy pronto se acompaña de dolor de punzadas.

En esta etapa final, aunque demasiado prolongada, las pérdidas continuadas producen el agotamiento de las enfermas, su destrucción; los dolores les roban el sueño y contribuyen al desgaste del organismo, completándose el cuadro de la llamada *caquexia*, que, para Klemper, es debida á que el cuerpo pierde más nitrógeno que recibe, pero cuya significación no es otra que el aniquilamiento de la economía por una enfermedad maligna que, después de destruir el órgano, envenena lentamente el organismo con sus productos.

Los trastornos menstruales en el cáncer cavitario ó del cuerpo de la matriz tienen tanta significación, que por sí solos pueden poner al médico en la pista para hacer un diagnóstico precoz.

Si oyen ustedes decir á una mujer, por lo regular nulípara y que jamás tuvo desarreglos, que después de algunos meses y aun años de haber llegado á la menopausia se le ha presentado un pequeño flujo sanguíneo, que éste se viene repitiendo sin periodicidad y no en grandes cantidades, constituyendo por último un goteo frecuente de serosidad sanguinolenta, sospechen con fundamento que en la cavidad uterina se está desarrollando un proceso neoplásico de naturaleza maligna. Otras veces manifestarán las enfermas que, á pesar de su edad (cincuenta y más años), todavía tienen sus reglas, aunque no guardan todos los meses la misma proporción en cantidad, duración y época de presentarse, sucediendo á la pérdida abundante del primer día un goteo que persiste seis ó siete, ó bien éste inicia el período para aumentar la pérdida después del tercero ó cuarto día. Generalmente no faltan en estas enfermas antecedentes de familia que abonen sus trastornos, refiriendo que á su madre ó á su abuela le sucedía lo mismo. Ya diré más adelante de qué modo se puede confirmar la sospecha en estos casos dudosos, para no atribuir á la endometritis de la menopausia lo que en realidad es un síntoma del epitelioma cavitario.

*Caracteres objetivos.*—Los datos recogidos por el tacto vaginal tienen un valor extraordinario por lo que respecta al diagnóstico

del cáncer del cuello; menos importante cuando se trata del cáncer del cuerpo del útero.

Es clásica, desde el punto de vista clínico, la división del cáncer del cuello en las tres formas, *vegetante*, *ulcerosa* y *terebrante*.

En la primera, el tacto aprecia sobre un punto del cuello (labio anterior generalmente ó una de las comisuras del orificio externo) ó sobre su totalidad, una masa excrecente, una vegetación más ó menos grande según el período en que se observa, de consistencia blanda, de superficie desigual, como aframbuesada si es pequeña, que sangra al menor frote y se desgarra con la uña; de aspecto de coliflor si es grande, como formada de un conglomerado de vegetaciones que ocultan el hocico de tenca, y en cuya masa blanda y friable se hunde el dedo, produciendo desgarres y hemorragias, siendo fácil extraer porciones necrosadas de dicha masa que, á veces, llena por completo la vagina. Esta masa excrecente pende, cuando ocupa todo el cuello, de la bóveda vaginal por una especie de pedículo duro que no es otra cosa que el resto de la porción cervical. Por considerable que sea el tamaño del epitelioma vegetante, no dejen ustedes de llevar el dedo hasta las inserciones de la vagina para buscar este pedículo resistente y duro que sirve de base de sustentación á la neoplasia, pues su existencia y la integridad de la mucosa vaginal en sus inserciones al cuello son los signos de la limitación y los indicantes de la intervención operatoria, como luego veremos.

La *forma ulcerosa* acompaña á la traquelomegalia ó aumento de volumen del cuello, y yo diría que es la consecuencia de la *forma escirrosa*, aunque no podamos sino rara vez sorprender ésta, que se caracteriza por la hipertrofia del hocico de tenca, por la desigualdad de éste, por su dureza uniforme con nudosidades resistentes que se distinguen de las debidas á los quistes glandulares, y las cuales se ulceran, proliferando en forma de botones que luego se necrosan, se excavan, y por su reunión destruyen poco á poco toda la porción vaginal del cuello.

La *forma ulcerosa* de los autores, el verdadero *ulcus rodens*, tiene su asiento sobre un cuello grueso é infiltrado, y esta úlcera ofrece al tacto una consistencia blanda limitada por rebordes salientes, irregulares, en tanto que su superficie, vista con espéculum, es excavada, grisácea; sangra fácilmente.

En la *forma terebrante* la neoplasia ha empezado su labor en las glándulas de la mucosa intracervical, y el tacto nos demuestra que el cuello está aumentado de volumen y duro, que su orificio externo está ensanchado y permite el paso del dedo explorador, que en seguida aprecia una superficie anfractuosa, desigual; relleno unas veces el conducto de masas excrecentes ó excavadas y casi destruídas

las paredes del cuello, hasta el punto de formar una cavidad que parece ser continuación de la vagina cuando el proceso llega á su último período.

En el cáncer primitivo del cuerpo del útero el tacto vaginal por sí solo nada puede ilustrarnos, por cuanto el dedo explorador encuentra ordinariamente un cuello normal, de superficie lisa, con orificio estrecho, por recaer esta neoplasia en mujeres nulíparas por lo general; pero si recurrimos al tacto combinado y á la histerometría, y por ende introducimos una pequeña cucharilla en el útero, como ven ustedes que lo hago siempre, podemos obtener valiosos datos para el diagnóstico.

En efecto: por el tacto combinado podremos apreciar que el útero está aumentado de volumen, en contraposición á la atrofia que se inicia con la menopausia, y que sus paredes están engrosadas; y si introducimos el histerómetro veremos confirmado dicho aumento, pues dará ocho y más centímetros de longitud en una nulípara que ya ha traspasado la edad crítica; podremos notar una dilatación en su cavidad, cuya superficie es blanda, tomentosa, y en la cual se hunde el extremo de la sonda, produciendo una pequeña hemorragia; y cuando la proliferación neoplásica es abundante, nos será muy fácil percibir cómo el histerómetro desgarra las excrecencias de la mucosa, dato que basta para hacer el diagnóstico. En los casos de duda, la cucharilla, arrastrando fuera del útero los productos que tapizan su mucosa, pondrá ante nuestra vista los conglomerados glandulares, cuyo aspecto macroscópico basta para establecer el diagnóstico.

### DATOS HISTOLÓGICOS

Decía antes, y hemos de comprobarlo luego, que hay casos en los cuales no bastan los datos clínicos para hacer el diagnóstico del cáncer uterino en sus comienzos, siendo preciso recurrir al examen histológico; y para ello conviene recordar, valiéndonos de las preparaciones que les presento, las alteraciones que sufren los distintos epitelios de la mucosa uterina, comparándolos con su disposición normal. Esta, como ustedes saben, es distinta en la mucosa que recubre el hocico de tenca, en la que tapiza el conducto cervical y en la cavidad del cuerpo del útero. La primera está formada por numerosas capas de epitelio pavimentoso, de las que la más profunda está constituída por células cilíndricas ó cúbicas, cuyo eje longitudinal de ángulos rectos penetra en el estroma conjuntivo; en las capas sucesivas las células son más ó menos poligonales, y gradualmente se hacen más aplastadas cuanto más se acercan á la superficie externa, donde se convierten en verdaderas escamas ó epitelio córneo. El estroma conjuntivo vascular avanza hacia estas capas

epiteliales, formando en ellas hundimientos ó prolongaciones, que son las papilas.

En la mucosa cervical el epitelio comienza á ser cilíndrico en el orificio externo, y se extiende hasta el interno, aunque á veces puede la capa de epitelio pavimentoso externo ascender algo dentro del conducto cervical. Las células cilíndricas que tapizan esta mucosa y las numerosas glándulas arracimadas que en ella existen son largas, y, según Ruge y Veit, están provistas de pestañas, aunque no siempre demostrables; forman una sola capa, y la superficie de la mucosa es más regular en la parte superior que hacia el orificio externo. El estroma en que descansa este epitelio es denso, y consiste en una intrincada agrupación de células que tienen núcleo oval, vesicular, y está surcada por numerosos capilares.

El endometrio, ó sea la mucosa del cuerpo del útero, está formado también por glándulas tubulares y estroma. El epitelio que las tapiza, como á la superficie de la mucosa, es cilíndrico, con pestañas vibrátiles, dispuesto en una sola capa, cuyas células tienen su núcleo oval, vesicular, situado á alguna distancia de su base. Los tubos ó utrículos glandulares sufren hacia las partes más profundas de la mucosa, en la unión de ésta con el tejido muscular, una dicotomía. El estroma que separa ambas partes es denso, pero menos que en la mucosa cervical, y los capilares son más numerosos.

Veamos ahora las alteraciones que estos epitelios sufren por la evolución del cáncer en los distintos períodos que señalamos al principio:

En los casos de induración del hocico de tenca (ó porción vaginal del cuello) sin pérdida de sustancia, el epitelio pavimentoso ha proliferado en un punto, aglomerándose en capas concéntricas los elementos poligonales; repleto el protoplasma de las células más externas, cuyos núcleos se tiñen fuertemente, en tanto que la forma poliédrica se va haciendo más aplastada en las capas más internas, hasta convertirse en escamas ó epitelio córneo en el centro, si por una transformación querato-hialina no muestran aún estas células su núcleo oval ó irregular teñido por la sustancia colorante. Está, pues, constituída la *perla epitelial.*

Viene luego otro proceso, consistente en la desaparición del epitelio en las capas superficiales, conservándose normal á los lados del punto atacado, y en la proliferación de las capas profundas, cuyas células van apretándose unas á otras y avanzando hacia la capa basal ó cuboídea, á la vez que el estroma subyacente se infiltra de pequeñas células redondas; en este trabajo de actividad formativa, diferentes nódulos epiteliales penetran en todas direcciones, constituyendo una prolongación de los primitivos ó formando islotes ó lóbulos independientes que invaden todo el parénquima cervical, los

cuales muestran una capa limitante formada por las células cúbicas ó cilíndricas de la capa más profunda de la mucosa externa cervical y un relleno de epitelio pavimentoso. En este segundo estado, se produce en los elementos de cada nódulo epitelial una necrosis de coagulación y una verdadera invasión de leucocitos polimorfonucleares. Si en esta mucosa cervical ha habido una sustitución de epitelios, una metaplasia de elementos cilíndricos, en ellos se determina también una proliferación que les hace perder su forma, adquiriendo primero la cúbica y después la poligonal del epitelio externo; siendo imposible distinguir al microscopio á expensas de cuáles elementos se han formado aquellos nódulos, que, si avanzan al exterior, constituirán las excrecencias digitiformes de la coliflor, con su capilar central, como los que surcan el estroma conjuntivo interlobular; y si infiltran el parénquima del cuello, se reúnen, se confunden, presentando muchas células epiteliales una desintegración de los núcleos, cuya fragmentación y necrosis, unida á numerosos leucocitos, rellena los nidos epiteliales.

En el epitelioma cilíndrico del cuello, por algunos llamado adenocarcinoma, observamos, lo mismo que en el del cuerpo, una proliferación de los elementos celulares que en algunas glándulas va convirtiendo la única capa de revestimiento en un estrato de varios, llenando gradualmente la cavidad glandular; cuando los nuevos elementos llegan á un grado de multiplicación acentuada, empieza el desprendimiento ó separación de este aglomerado epitelial del estroma en que descansa, y poco después ocurre la efracción ó rotura de la capa limitante ó basal, haciendo irrupción dichos elementos en el segundo, donde continúa la proliferación para dar lugar á nuevas glándulas que sufren el mismo proceso, reuniéndose unas con otras y terminando por la infiltración de todo el tejido uterino; acto que, en esta forma de cáncer, necesita más tiempo para su evolución que en el epitelioma pavimentoso, por realizarse aquélla primero entre todos los elementos glandulares, después á través de los espacios linfáticos, y por último en el tejido muscular.

Cuanto más se estudian las preparaciones que tenemos delante, más nos convencemos de que el adenoma benigno, el adenoma maligno y el epitelioma cilíndrico no son sino gradaciones de un mismo proceso, del *cáncer glandular:* y aun muchas endometritis hiperplásicas de la menopausia, si se someten al examen microscópico detenido sus productos, nos mostrarán fases distintas en cada preparación, pudiendo sorprender á veces los comienzos de un proceso canceroso, aun dentro de una misma glándula.

En el epitelioma del cuerpo del útero, como en el del cuello, cuando la proliferación alcanza un desarrollo extraordinario, se forman agrupaciones lobulares, en las cuales el epitelio cilíndrico

sufre un proceso anaplásico que le hace perder sus caracteres para asemejarse al poliédrico; pero nunca faltarán puntos en la preparación que nos indiquen la existencia de restos glandulares, de los cuales procede.

### DATOS DIFERENCIALES

Conocidos los elementos de diagnóstico de las distintas formas del cáncer uterino, vamos á recordar los que deban servirnos para no confundirlas con otros procesos patológicos que radican en el mismo órgano.

Y el primero de estos es la *eversión de la mucosa cervical.*

En las nulíparas, y acompañando regularmente á un catarro de la mucosa, suele observarse alrededor del orificio externo una pequeña superficie roja (chapa catarral), constituída por una ligera protrusión de la mucosa cervical interna hacia la externa, que, al tacto, da la sensación de blandura y desigualdad de pequeños granos, pero que no sangra. El cuello, en estos casos, está rojo oscuro, edematoso y surcado en las vecindades de la eversión por vasos venosos dilatados. Si se examina histológicamente dicha superficie roja ó eversión, se ve que está compuesta de una capa de epitelio cilíndrico normal, como tuve ocasión de demostrar ya en 1880 en una comunicación presentada á la Sociedad Ginecológica Española; prueba evidente de que estas pretendidas *úlceras catarrales* no son tales úlceras, sino la misma mucosa del conducto cervical, que, por un proceso fisiológico que ya explicaba en dicha comunicación, hace hernia á través del orificio externo. Además, el estroma sobre que descansa el epitelio es completamente normal.

En la mujer que ha parido, y en la cual se han producido desgarros en el cuello durante el parto, la eversión de la mucosa cervical alcanza proporciones á veces extraordinarias, quedando en la porción libre del cuello muy corta zona rosada de epitelio pavimenteso; el color rojo intenso de su superficie está surcado por numerosos vasos; su consistencia es blanda en los casos recientes, dura cuando la eversión se ha hecho crónica, mostrando entonces fisuraciones en su superficie, que la dividen en lobulaciones, sobre alguna de las cuales se eleva el epitelio empujado por la proliferación conjuntiva, dándoles el aspecto de mamelones; otras veces toman origen en ellas producciones poliposas, pero ofrecen poca tendencia á sangrar, como no se practiquen cauterizaciones que, irritando el epitelio que las cubre, den lugar á su proliferación, habiendo entonces un aumento de las capas celulares, en vez de la pérdida de sustancia que supone la palabra *ulceración.*

Pero, como precisamente en estas metaplasias del epitelio cilíndrico, que constituyen la eversión, está el peligro de que ocurra un

proceso anaplásico y con él la transformación maligna, es preciso siempre mirar con detenimiento las eversiones crónicas que se asientan sobre un cuello hipertrofiado, pues muchas veces han visto ustedes en la clínica que á enfermas portadoras de estas lesiones se les ha extirpado un trocito del tejido que nos infundía sospechas, y el microscopio nos ha dado la razón demostrando la existencia de nódulos cancerosos en ellas.

Una de las preparaciones que guardo con más cuidado, por lo mismo que se refiere á un epitelioma cervical diagnosticado muy en sus comienzos, perteneció á una señora que sufrió una eversión crónica con catarro cervical, por rasgadura doble del cuello é hipertrofia de ambos labios. Deseando acabar con el abundante flujo blanco que la molestaba y con las menorragias que venía padeciendo hacía algún tiempo, se sometió á la operación. En el momento de disponerme á practicar el raspado y la operación de Schroeder, hallándose presente al acto un compañero nuestro, hermano político de la enferma, manifesté á éste que me producía aquel cuello la impresión, no de una sencilla eversión crónica, sino de un comienzo de epitelioma en una eversión, y, por si acaso, iba á practicar la amputación supravaginal del cuello. Con efecto: extirpado todo el cuello, se hicieron preparaciones de la eversión en dos laboratorios, resultando un típico epitelioma pavimentoso en el período inicial de formación de *globos* en la misma mucosa. Esta señora vivió más de diez años constantemente observada, sin que se notase el menor indicio de reproducción. Estos epiteliomas desarrollados en las eversiones crónicas de la mucosa cervical son los que llamo traumáticos, á semejanza de los que tienen su origen en el fondo vaginal posterior, sobre todo después de la vaginitis senil.

Las ulceraciones del cuello que acompañan al prolapso del útero, cuya génesis comprenden ustedes perfectamente, y que se caracterizan por la palidez de sus contornos y la blandura de su superficie, por el aspecto calloso de sus bordes, pueden sufrir en ocasiones la transformación maligna, y deben tratarse con la limpieza y la reducción del prolapso para que no estén expuestas al aire. La hipertrofia del cuello, ya debida á la dilatación de las glándulas cervicales (lo que constituye la metritis quística de algunos autores), ya resultante de la proliferación del tejido conjuntivo, tiene tales caracteres para el que está habituado á apreciar por el tacto la sensación elástica que producen los quistes cervicales ó huevos de Nabot, y la consistencia uniformemente dura y superficie lisa del tejido hipertrófico, que no se confundirán aunque tengan cierta semejanza con el cáncer del cuello. La punción con un bisturí fino desvanecerá las dudas en el primer caso.

Más fácil es la confusión del epitelioma pavimentoso en su for-

ma escirrosa en primer período con el mioma intersticial pequeño de uno de los labios; para distinguirlos, tendremos que recordar que la mucosa se desliza sobre el nódulo miomatoso, por lo mismo que sus elementos epiteliales no contribuyen á la formación tumoral, en tanto que en el cáncer sucede lo contrario: que la tumoración es uniforme, y en el epitelioma desigual.

Las úlceras específicas tienen su historia demasiado clara para que nos detengamos á diferenciarlas del cáncer cervical.

Mayores dificultades ofrece, por lo regular, el diagnóstico diferencial del cáncer primitivo del cuerpo del útero, por lo mismo que sus síntomas clínicos pueden confundirse con los de la endometritis decidual por retención de restos placentarios ú ovulares, con los del deciduoma maligno, con los del sarcoma cavitario, con los de metritis tuberculosa en sus formas miliar y difusa, con los de la simple endometritis glandular hiperplásica de la menopausia.

En todos estos casos tendremos que recurrir, estudiados los antecedentes, á la piedra de toque del análisis histológico de los productos que extraigamos con la cucharilla. En el mayor número de las lesiones que acabamos de indicar la confusión tendrá menos importancia, porque ellas obligan á la misma terapéutica que el cáncer limitado.

Vemos, pues, que el diagnóstico precoz reclama un estudio atento del historial de las enfermas; un cuidado exquisito por parte del médico en conceder importancia á los menores trastornos que le refiera la mujer relacionados con su aparato genital, convenciéndola de la necesidad de practicar un reconocimiento, en vez de satisfacer sus escrúpulos disponiendo cualquier irrigación; un conocimiento completo de los elementos de juicio que quedan reseñados, para comprobarlos por el examen digital é instrumental, y, en caso necesario, por el microscópico. Y cuando en posesión de este diagnóstico nos dispongamos á establecer la indicación terapéutica, deberemos completarlo apreciando detenidamente la extensión probable que alcanza el proceso; lo que será objeto de la próxima conferencia, juntamente con el tratamiento del cáncer uterino.

---

## ALGO MÁS ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LOS PIES ZAMBOS

POR A. MARTÍNEZ ANGEL

En un artículo anterior á este que ahora te ofrezco, apreciable lector, hube de decir de qué manera había logrado curar algunos pies varo-equinos de los que llaman paralíticos. Continuando con el mismo tema ó asunto, te diré de qué medios me valgo para

corregir lo mismo en aquellos otros que son congénitos ó de nacimiento.

Insisto, y si fuera preciso insistiría mil veces, en decir que los medios aquí propuestos y recomendados no los diputo por infalibles y de aplicación universal á todos los casos y circunstancias, sino que los tengo por circunstanciales y sujetos al mudar de lo contingible y al buen discernimiento del profesor que haya de emplearlos. La universalidad y la infalibilidad son patrimonio de los dioses y de los que, á fuer de tontos, se creen dioses.

Cuando una criatura nace con un pie equino-varus, interesa mucho averiguar cuál pudo ser el origen y la causa de esta malformación; esto es indudable, pero, á mi entender, importa más aplicarse á su remedio. El empeño que los médicos solemos poner en la averiguación de las causas primas de muchas dolencias, es hijo, por lo común, más que de una creencia en la necesidad de averiguarlas para lograr la curación de nuestros enfermos, de una cierta levadura metafísica y vanidosa que nos domina y nos hace olvidar la historia de la Medicina, la cual historia bien elocuentemente nos dice que lo poquito útil de dicha ciencia hémoslo adquirido por el empirismo y la inducción.

Esta doctrina algo *parda* y rutinaria que incidentalmente he diseñado en el párrafo anterior, parecerá sin duda mal á quienes, por una educación filosófica asaz estrecha y rigurosa, prestan demasiada atención á la aitiología ó ciencia de las causas; mas no creo que disguste del todo á aquellos médicos prácticos que buscan en los artículos científicos, no una patente de sabiduría de quien los escribió, sino el cuánto de utilidad terapéutica y de meollo clínico que contienen.

Gran parte de los pies zambos congénitos cúranse con medios muy sencillos, con tal que éstos se pongan en práctica durante el primero ó segundo mes de vida extrauterina. Yo he visto curarse espontáneamente algunos casos, no tantos como de la deformidad llamada *pie talus*, pero los suficientes para atreverse á aconsejar una conducta que, sin ser de absoluta inacción, no sea desproporcionada á los fines que con ella se persiguen.

Si pasados uno ó dos meses, durante los que no se han hecho más que movimientos suaves de abducción y elevación del pie, con amasamiento también suave de los músculos abductores de éste, no se observa mejoría alguna en la deformidad, debe hacerse un reconocimiento eléctrico del estado de contractilidad muscular de la región.

De tal examen puede resultar una de tres cosas: que hay contractilidad perfecta en todo el aparato motor de dicha extremidad; que la hay exagerada en los músculos adducto-supinadores del pie

y en el triceps sural, con debilidad en los abducto-pronadores (1), ó que, estando normales ó exageradas las funciones motoras y tónicas de los primeros, han desaparecido dichas funciones en los segundos.

En el primer caso, procede emplear inmediatamente el tratamiento ortopédico que más adelante describiré.

En el segundo caso, importa estimular lo más brevemente posible la nutrición y función de los músculos debilitados por medio del amasamiento, ya más enérgico y mejor reglado, y de las corrientes eléctricas. Y en el tercero, es indispensable inquirir si existen ó no existen signos degenerativos nervioso-musculares.

Cuando la reacción degenerativa (D R) es completa, indicando que las alteraciones, tanto de los músculos como de los nervios, son muy profundas, cabe, sin embargo, emprender el tratamiento de estimulación nutritivo-funcional con alguna esperanza de buen resultado; no tanta como en los casos de degeneración parcial, y mucho menos, claro está, que en aquellos en que no hay tales signos degenerativos.

Si la contracción muscular al establecer la corriente eléctrica desaparece en el polo catódico, empleando el método de investigación de las reacciones degenerativas á distancia de Ghilarducci, es indicio de que todas *las fibras* del músculo explorado están destruídas. En este caso, como nada hay que esperar del referido músculo, y tanto el masaje como la electricidad son impotentes, los injertos y transplantaciones musculares es la única terapéutica aplicable en estas circunstancias.

Una vez hecho el diagnóstico, y hasta cierto punto el pronóstico; que, como habrá comprendido el lector, van implícitos el uno en el otro, según los resultados de la reacción eléctrica; del estado de las partes motoras del pie, en lo que se refiere á sus músculos abducto-pronadores; si de esta reacción eléctrica se dedujera que los referidos músculos sufren debilitación ó degeneraciones más ó menos parciales, conveniente es emprender el tratamiento estimulante de su nutrición y de su funcionalidad por medio de la electricidad y el amasamiento combinados.

La electroterapia es un recurso precioso del que no debemos

---

(1) He adoptado las denominaciones alemanas de supinadores del pie para los músculos tibiales anterior y posterior, flexor largo común de los dedos y flexor propio del dedo gordo; y de pronadores del mismo para los peroneos lateral corto y anterior (cuando existe) y extensor común de los dedos; no incluyendo en esta dicotomía al peroneo lateral largo, porque su función es indiferente en lo que se refiere á las de pronación y supinación, ya que le están reservadas las de abducción total del pie y ahuecamiento de su bóveda plantar. Digo que adopté estas denominaciones, usadas por los alemanes, no por seguir la corriente germanófila, hoy tan en boga, sino por creer que responden á más funciones reales y efectivas del pie.

prescindir cuando tengamos la fundada pretensión de lograr un resultado terapéutico en el pie varo-equino, no tan sólo estático y de configuración, sino también dinámico y funcional, sobre todo en forma de galvano-faradización ó corrientes de Watteville.

No entraré en detalles de su técnica, por la sencilla razón de que, constituyendo el manejo de la electricidad en Medicina una especialidad tan bien establecida y que cuenta en España con tantos y tan diestros profesores á quienes se debe encomendar esta parte del tratamiento del pie varo-equino, sería inferirles una ofensa si á ellos me dirigiese, y dar alas para impertinentes intromisiones si me dirigía á los médicos manifeceros y métomeentodo.

En lo que al amasamiento se refiere, ya he dicho que deben combinarse sus sesiones con las de electroterapia, bien de un modo simultáneo, bien de un modo alterno. Ahora añadiré que no deben limitarse las funciones del maso-mecano ó quíneo-terapeuta, que de todas estas maneras pueden llamarse quienes se dedican á tan útil profesión auxiliar de la Medicina y Cirugía. Digo que no debe limitarse el amasador ó amasadora al *petrissage* (amasamiento propiamente dicho), al *shaking* (sacudimiento), á las vibraciones y á las percusiones sobre los músculos prono-abductores del pie, sino que también debe facilitar ó suavizar los movimientos de todas las articulaciones intrínsecas y extrínsecas de esta parte del cuerpo, moviendo pasivamente, cada vez con más amplitud, los dedos con relación al metatarso, éste con relación al tarso, la línea de Chopart y la articulación tibio-peroneo-tarsiana, hasta dejar aquéllos tan fáciles y suaves en el pie deforme como lo están en uno normal y fisiológico.

De tanta utilidad es esta parte del tratamiento, que con ella sola pueden corregirse muchos pies zambos congénitos; y aunque así no fuere, facilitar y abreviar considerablemente el resultado de cuantas intervenciones posteriormente haya de emplear el cirujano ortopédico.

En estas manipulaciones hay que tener gran cuidado en no determinar arrancamientos epifisarios, sobre todo en las extremidades inferiores de la tibia y del peroné; á este fin, no me cansaré de recomendar que se coja muy por bajo, á nivel de los maléolos, la piernecita de la criatura, mientras se hacen los movimientos de la articulación tibio-peroneo-astragalina, y que se abrace con la palma de la mano la tuberosidad del calcáneo cuando se trate de hacer movimientos pasivos con las otras articulaciones.

Dos flexiones y una rotación hay que combatir por lo general en esta clase de deformidades: la flexión medio-tarsiana hacia dentro, la flexión hacia abajo ó equinismo, y la rotación del pie hacia arriba ó supinación. Pueden ejecutarse simultáneos los tres movi-

mientos; pero á las personas no muy diestras les recomiendo que los hagan separadamente.

Antes de emprender el tratamiento de esta clase de deformidades, debe el cirujano fijar su atención en si la rotación hacia dentro es tan sólo del pie ó va acompañada de una rotación también interna de la pierna y hasta del muslo, como ocurre en muchas ocasiones; pues resulta muy deslucido, como comprenderá el lector, que una vez corregido el equino-varus, el niño continúe metiendo la punta de su piececito hacia dentro, á causa de una rotación interna á nivel de cualesquiera de las articulaciones fémoro-tibial ó coxo-femoral.

Estas rotaciones, situadas por encima de la juntura tibio-peroneo-tarsiana, fácilmente se reconocen por la situación de la rótula; mas ya no es tan fácil el discernir cuándo radican en la articulación de la rodilla de cuando tienen su asiento en la de la cadera. No obstante esta dificultad, puede conseguirse tal discernimiento gracias á una exacta y cuidadosa medición con una cinta métrica, comparando la distancia desde el vértice de la cabeza del peroné hasta el tubérculo del tercer adductor en el miembro cuyo es el pie deforme, con la misma medida en el del pie sano. Si las distancias fueran iguales, la rotación viene de arriba, de la cadera; mas si son desiguales, y en menos la correspondiente al lado deforme, dicha rotación es indudable que tiene lugar en la articulación de la rodilla.

Nunca debe emprenderse la corrección ortopédica de esta deformidad en que me ocupo sin contar, bien porque lo estén primitivamente, bien porque á merced del tratamiento previo se hayan regenerado, con unos músculos prono-abductores en perfecta funcionalidad y sin haber logrado una movilidad en las articulaciones del pie todo lo más amplia y fácil que sea posible, dentro, naturalmente, de los obstáculos que dicha deformidad opone al movimiento. Tan sólo en el caso, poco frecuente en el pie zambo congénito, de que la reacción degenerativa sea absoluta en los músculos antes citados, cabe recomendar, sin cometer grave falta contra las leyes de una prudente y juiciosa terapéutica, el tratamiento correctivo ortopédico.

No soy partidario en los pies equino-varus congénitos, á no tratarse de aquellos muy descuidados y viejos, y por consiguiente con grandes y resistentes retracciones de las partes blandas del lado cóncavo de la deformidad, de usar la rectificación por rompimiento de éstas, al modo que lo hacen Lorenz, Hoffa y tantos otros cirujanos. Gusto más del procedimiento de rectificación suave, y en varias sesiones, que emplea en casos tales Whitman, de Nueva York. Y aunque el inciso se le antojare vanidosillo y presuntuoso á

algún lector malévolo, no he de dejar incumplido, por demasías de modestia, el proverbio aquel de «cada ollero alaba su puchero», haciendo constar cómo yo he participado de esta opinión mucho antes de publicada la obra de cirugía ortopédica de dicho autor; á lo menos antes de que llegara á mis manos pecadoras.

Digo, pues, que soy de opinión, en los pies zambos congénitos poco añejos, que son de los que por ahora trato en el presente artículo, de hacer la rectificación gradual mediante una serie de posiciones correctoras cada vez más acentuadas, con fijación de éstas por medio de vendajes escayolados; vendajes que han de comprender no tan sólo el pie, sino éste y gran parte de la pierna cuando no hay rotación en la rodilla; hasta medio muslo cuando esta articulación se halla rodada hacia dentro, y hasta comprender la pelvis en aquellos casos en los que la rotación se ha hecho á expensas de la cadera.

El vendaje fijador é inmovilizador de escayola debe modelar las partes del modo más perfecto posible; á este fin, conviene poner sumo cuidado en que las vendas sean estrechas, en proporción á las dimensiones, siempre exiguas en estos casos, de la extremidad; bien escayoladas, aunque sin exceso, y con escayola buena, de primera, muy bien deshidratada, para que con pocas vendas endurezca mucho y con gran rapidez. Y al vendar, hacerlo con esa suave presión que es necesaria, y que da el sentido vascular cuando está muy educado por la práctica, para ceñir la parte que se venda, sin dar lugar á compresiones innecesarias y que pudieran traer consecuencias desagradables.

No conviene interponer entre la piel y el vendaje algodón en rama, ni del llamado hidrófilo, ni del otro, sino una mediecita blanca de algodón, bien ajustada al pie y pierna de la criatura.

Muchos acostumbran á embadurnar la piel con vaselina antes de poner el vendaje; no veo inconveniente en ello, mas no lo creo necesario.

Por último: es una práctica muy prudente y juiciosa, y que por serlo debe recomendarse, la de poner unos trozos de esparadrapo aglutinante sobre todos aquellos puntos en los que, por estar la piel en íntima vecindad con salientes huesosos, hállase más expuesta á mortificaciones por roce ó por compresión.

Una vez colocado un vendaje que modele bien y en el que, por su paramento externo, pueda juzgarse con tanto acierto del grado de corrección obtenido como si las partes no estuvieran cubiertas por él, no una de esas alcollas toscas y abotijadas que nada dibujan y dentro de las cuales el pie puede moverse, si no con holgura, con la bastante libertad para restar eficacia á la corrección obtenida antes de vendar; pasados ocho ó diez días, debe ser cortado en dos

valvas, una interna y otra externa, volviendo á las sesiones de amasamiento, de electricidad y de movimientos forzados de corrección. Claro está que para tales manipulaciones quítanse las valvas; y una vez terminadas aquéllas, se reponen éstas en su sitio, adaptándolas bien y sujetándolas una á otra, y ambas á la pierna, por medio de una venda de tela de cambrige.

Conseguida una mayor movilidad y una aptitud mejor del pie para colocarse en abducción, pronación y flexión dorsal, se pone otro vendaje en el máximo de corrección, para repetir lo mismo que se hizo la vez anterior, transcurrido un tiempo aproximadamente igual.

Así se continúa hasta lograr una posición del pie *en deformidad contraria* á la que sufría; es decir, de valgus-planus y talus. El molde escayolado de esta posición ultracorrectora servirá de definitivo, y se cortará en dos valvas también; pero en vez de hacerlo como en los otros vendajes, en una interna y otra externa, se hará en una anterior y otra posterior.

Una vez cortado en esta forma, además de continuar con el tratamiento empleado en las etapas intermedias, en esta final comenzará la educación voluntaria de las posiciones y movimientos.

Para ello, aunque por su edad no esté el niño en condiciones de ponerse en pie ni de andar, cogidito por bajo de los brazos por una persona mayor, otra le sujeta el pie que estuvo deformado, haciéndole apoyar sobre el tablero de una mesa, y cuidando á la vez, esta persona, de que no doble la rodillita correspondiente. En esta disposición, ejecútanse movimientos de báscula de talón á punta, y viceversa, diez ó doce veces; hecho esto, se ejecutarán flexiones con la rodilla, también pasivas como el anterior ejercicio; pero á fin de que la flexión dorsal concomitante del pie, que se busca en este movimiento, sea lo más eficaz posible, precisa cuidar mucho de que el taloncito no se despegue del plano de sustentación.

Como en las edades en que por lo general se practica este tratamiento no se puede contar con la voluntad del paciente, menester es, para hacerle ejecutar los movimientos de abducción, pronación y flexión dorsal con el pie, de un modo activo, valerse de las vías refleja é instintiva. Con este objeto, sostenida la pierna por ambas manos de un ayudante, cuidando éste de no comprimir aquélla demasiado y dejar el libre juego de los músculos, y, estando el pie en libertad absoluta y sin puntos de apoyo, se punza ú hostiga suavemente con algún objeto compungivo, como alfiler, punta de compás ó espetón de sombrero femenino, ya en la región plantar, para obligar á que el niño levante su pie; ya en el borde interno de éste y á nivel de su porción metatarsiana, para hacerle desdoblarse y dirigir la punta hacia fuera; ya en este mismo borde interno, pero algo

más hacia la punta, á fin de que involuntariamente realice la pronación del mismo.

Siempre y cuando el tratamiento referido se comience á poner en práctica muy temprano, rara vez la resistencia del tendón de Aquiles es tanta que el cirujano se vea precisado á hacer su sección ó su prolongación cruenta. Lo dicho no empece el que si pasa tiempo y se observa que el equinismo no mejora en proporción con las otras inflexiones deformativas, debe ser practicada una de estas dos operaciones. Y en esto del equinismo conviene no dejarse engañar por el apoyo total de la planta del pie en el plano sustentador, porque esto puede hacerse muy bien, no obstante ser bastante obtuso el ángulo formado por el pie y la pierna, mediante una sofisticación involuntaria que consiste en avanzar la extremidad correspondiente. Para evitar este error, conviene hacer que los dos talones estén en la misma línea y que las rodillas, lo mismo la del lado afecto que la contraria, no tengan flexión alguna.

De estos medios me valgo y se valen quienes se ocupan del tratamiento de las deformidades para corregir los pies varo-equinos llamados congénitos. Claro es que la conducta del operador hállase sujeta á muchas modificaciones y variantes con relación á las modificaciones y variantes que la deformidad suele ofrecer, y con arreglo á las mil contingencias que en el curso del tratamiento suelen presentarse.

Yo he procurado, al escribir este artículo, atenerme al tipo clínico ordinario y al curso corriente del tratamiento de esta deformidad, no parando mientes en las rarezas, discrepancias y excepciones; al modo que lo hace un naturalista cuando describe una especie mineral, botánica ó zoológica, que no se ocupa en las rarezas, en las deformaciones, en una palabra, en lo extraordinario de la tal especie, sino en aquellos caracteres que por ser invariables, constantes y fijos, puede decirse que la empadronan en el sistema taxonómico. Conducirse de otra suerte paréceme que es sacrificar la índole altruista y caritativa de toda didáctica á un esoterismo vanidoso.

---

## APENDICITIS Y DIVERTICULUM DE MECKEL

Por el Dr. Eulogio Cervera y Ruiz

Los laboratorios de investigación y experimentación son evidentemente fuentes inagotables de conocimientos, suministrando sorpresas, hechos y verdades que llaman la atención, primero de los sabios que dirigen aquéllos, y secundariamente del mundo entero cuando llegan á su noticia los descubrimientos realizados por los investigadores. Pero no es menos evidente que el trabajo de la clínica

también proporciona, si se quiere en un orden más modesto, elementos de juicio y fuentes que nos brindan abundantes materiales de conocimiento, mediante los cuales podemos contribuir á la constitución y perfección de la ciencia médica. Esto ocurre con el caso que voy á presentar á los lectores de esta REVISTA.

Un joven de unos treinta años de edad, que hasta los veintiséis siempre había gozado de buena salud, venía sufriendo de su vientre y tubo intestinal durante los últimos cuatro años. El enfermo me manifestó que sus trastornos abdominales consistieron en dolores vagos, algunas veces localizados, con cierta intensidad, en el epigastrio, otras en la fosa ilíaca derecha, corriéndose entonces á la izquierda; la digestión de los alimentos, aun en la larga temporada que estuvo sometido exclusivamente á huevos, pescados blancos y leche, era lenta y pesada, tanto la gástrica como la intestinal, y agregándose á todos estos trastornos un pertinaz estreñimiento, sólo conllevado merced á irrigaciones intestinales. En el transcurso de su largo padecimiento experimentó varios ataques de cólicos intestinales de mayor ó menor intensidad, si bien algunos revistieron bastante gravedad y que por los caracteres que presentaron encajaban todos dentro del cuadro de los que corresponden á las apendicitis. Al poco tiempo de comenzar la enfermedad, y después de uno de estos cólicos, apareció un nuevo síntoma, ó sea el dolor á la micción, siéndole ésta difícil. Tanto se acentuaron estas molestias, que hubo de intervenir un distinguido especialista de las vías urinarias, que ya falleció, siendo entonces reconocido muy atentamente, suponiendo una lesión vesical, tal vez la existencia de un cálculo, que, á su vez, explicara aquellos cólicos que venían mortificando al enfermo, y que se tomaron como nefríticos, pues es bien sabido que pueden confundirse con los apendiculares.

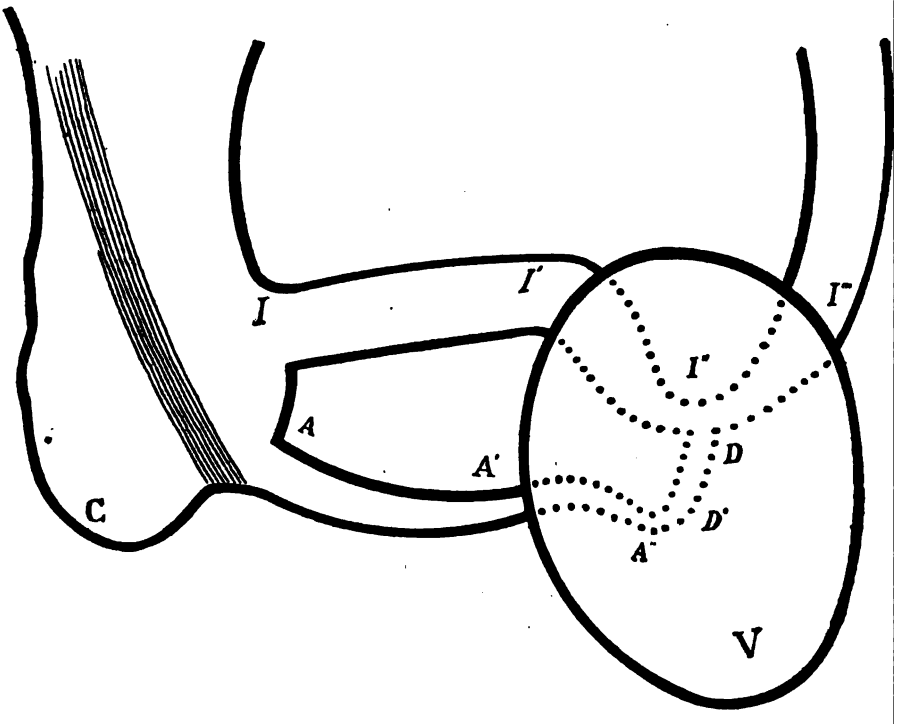
Sin embargo, ninguna de estas suposiciones diagnósticas pudo ser confirmada. El especialista, después de repetidos reconocimientos y exploraciones, concluyó por manifestar que el enfermo no tenía lesión alguna uretro-vésico-renal que explicara los síntomas urinarios que aquejaba y afligían al enfermo. Otros síntomas de orden intestinal se presentaron más tarde. Dolores intestinales muy violentos, provocados por intensas contracciones del intestino, de intensidad tal y en zonas tan diferentes en momentos determinados, que revestían todo el aspecto de tetánicos y se apreciaban á simple vista á través de la pared abdominal, ya que se observaban abolladuras, elevaciones y depresiones que aparecían y desaparecían recorriendo todas las zonas del vientre. Terminados estos ataques, con el empleo de un suave amasamiento ó el uso de una inyección de morfina, el vientre recobraba su aspecto y flexibilidad completamente normales. Estas contracciones dolorosas del intestino se

repetían muchas veces durante el día y aparecían, ya espontáneamente, ya como consecuencia de un contacto ó ligera presión sobre las paredes abdominales, en cuya piel existían zonas extensas de hiperestesia, tan bien estudiadas por Head y James Mackenzie, aunque mejor interpretadas por éste que por aquél, según mi opinión, basada en el magistral artículo publicado en el *British Medical Journal* acerca de la significación y mecanismo del dolor visceral.

Es digno de mención otro fenómeno apreciado por el enfermo y observado por mí. Interrogado acerca de las funciones exonerativas del intestino y vejiga urinaria—interrogación utilísima, pues suele suministrar datos de importancia para esclarecer ó mejor darse cuenta de las disposiciones anatómicas normales y patológicas del apéndice,—el paciente nos manifestó que *siempre que deponía y vaciaba su vejiga se sentía peor, porque aumentaban los dolores y las contracciones intestinales,* mientras que, por el contrario, *mejoraba á medida que la vejiga y el recto se llenaban*, de orina la primera y de excremento el segundo, *llegando hasta desaparecer* aquellos síntomas cuando una y otro alcanzaban el máximum de la dilatación. Algo parecido pudimos observar, aunque á la inversa, cuando por el tacto y la percusión apreciábamos una tumoración situada á tres traveses de dedo por encima de la sínfisis pubiana y detrás de la vejiga, tumoración que aparecía y desaparecía, por cuya razón entendimos estaba formada por excremento retenido en la última porción del íleon, posiblemente estrechada por la presencia de exudados peritoneales. En efecto, á la aparición de esta zona tumoral se sucedían los dolores y las contracciones intestinales, mientras que cesaban en el momento de su desaparición. Confirmamos nuestra creencia de que esta tumoración era debida á la retención estercorácea, porque al desaparecer de la región suprapubiana aparecía en la del ciego, volviendo nuevamente los dolores intestinales, la micción dolorosa y frecuente cuando por ascensión del excremento *quedaba vacío el ciego,* pues mientras que éste estaba ocupado por aquél la calma persistía. Más tarde explicaremos estas curiosidades sintomáticas, que repito deben buscarse mediante una cuidadosa observación y un sagaz interrogatorio.

En el mes de Junio del año próximo pasado el enfermo experimentó el último ataque, que fué calificado de apendicitis agudizada, revistiendo tal gravedad, que el profesor que le asistió, pasada la agudeza, propuso una intervención apendicular, que practicó; pero á los tres ó cuatro días el operado presentó todos los síntomas de una obstrucción intestinal acompañada de algunos toques de peritonitis; sin embargo, mejoró la situación por el momento, merced á los medios empleados; y sin duda por imperiosas exigencias sociales, el profesor que le asistía tuvo que salir de Madrid, quedando encarga-

do del paciente un profesor ayudante. A los quince días de practicada aquella operación reaparecieron los síntomas de apendicitis y de obstrucción intestinal, y en esta etapa de este largo proceso abdominal fuí llamado en consulta para ver al enfermo, quedando encargado del mismo á partir de este momento, siendo entonces cuando pudé observar cuanto llevo relatado, más el nuevo estado de agudización del proceso apendicular y de obstrucción determinada por alguna adherencia ó brida peritoneal, que estrangulaba ó acodaba




un asa intestinal. Este fué mi juicio acerca de tan complejo proceso. Aconsejada y aceptada una nueva intervención, practiqué la incisión de Roux-Mac Burney con el objeto de explorar la región ileocecal, ya que sobre ella, y á través de las paredes abdominales, se percibían exudados y lesiones que hacían suponer que la causa de todo aquel síndrome clínico residía en este punto. Fué grande mi sorpresa al observar la presencia del apéndice, que creí extirpado anteriormente, envuelto y enterrado entre exudados, un segmento del gran epiplon y algunas asas intestinales adheridas. Desovillado este enmarañado y complexo ovillo, traté de atraer la última porción

del íleon para explorar la región retro-vesical, en la que observamos aquella tumoración descrita anteriormente, y me fué imposible realizar la maniobra porque las tracciones ejecutadas sobre la terminación del íleon me revelaron la existencia de fuertes adherencias en el fondo de Douglas. No siéndome posible explorar este fondo pelviano, y comprendiendo que la liberación de aquellas adherencias requería luz y mayor espacio, decidí practicar una laparotomía media que me permitiera llevar á buen término esta segunda é importante parte de mi intervención. Bastará que el lector dirija una mirada sobre la figura, que representa esquemáticamente la disposición de los órganos y de las lesiones, para que comprenda la necesidad de esta segunda sección abdominal, y que sin ella hubiera sido peligroso é imposible tratar las lesiones existentes. Veíase en el fondo de la pelvis el apéndice A A′ A″, cuyo vértice A″ se unía con la terminación D′ de otro apéndice que nacía del asa acodada del íleon I′ I″ I‴, apéndice éste que medía unos tres centímetros y medio de longitud, y que no era otra cosa que un diverticulum de Meckel, inflamado seguramente á consecuencia de la apendicitis. Este diverticulum al inflamarse se fusionó con el apéndice cecal, y ambos se adhirieron á la cara posterior de la vejiga, de la que tuve que desprenderlos, permitiéndome esta liberación la posibilidad de resecarlos, el uno á su nacimiento del ciego y el otro á nivel de la superficie intestinal, suturando, según es clásico y corriente, el peritoneo visceral sobre los correspondientes pedículos. Terminada la resección del diverticulum de Meckel, y previo desprendimiento del asa intestinal, que también estaba adherida á la pared posterior de la vejiga, desapareció el acodamiento de la referida asa, acodamiento que explica y da razón de todos los fenómenos de obstrucción intestinal. Con esto, y el cierre de las dos secciones abdominales, dí por terminada la intervención. La marcha post-operatoria transcurrió sin el menor accidente, y el enfermo quedó completamente restablecido de su grave y largo padecimiento.

He calificado de Meckel el diverticulum; ¿por qué? Los apéndices observados en la superficie del tubo intestinal són de dos clases: *a*) los divertículos falsos, y *b*) los verdaderos. Los primeros pueden presentarse en las diferentes secciones del canal alimenticio, ya sobre sus bordes mesentéricos, ya en las paredes laterales ó ya en el borde libre del intestino. Su tamaño fluctúa entre el de un guisante ó una manzana, aunque raramente alcanza mayores proporciones.

Su principal carácter consiste en que no todas las capas intestinales se continúan con las que forman las paredes de estos falsos apéndices, sino que la capa muscular está muy adelgazada, ó más bien separadas sus fibras completamente; de modo es que estos falsos diverticulums representan más bien hernias de las otras capas,

especialmente de la mucosa, que se producen á través de aquellas fibras musculares. El verdadero, ó sea el de Meckel propiamente dicho, también llamado ileo-diverticulum por recaer siempre en la región del íleon, es la anomalía más frecuente del tubo digestivo, y se encuentra á una distancia de 30 á 290 centímetros de la válvula íleo-cecal, bien que raramente se observará fuera de esta clásica región. Según que el intestino se desarrolle más ó menos, así estará situado más cerca del yeyuno ó próximo al cecum. En la formación del diverticulum de Meckel toman parte todas las capas intestinales, incluso la musculosa, como ocurría en el de nuestro enfermo, por cuya constitución anatómica le hemos colocado entre los verdaderos. La forma es cilíndrica ó cilindro-cónica, si bien algunas veces se les ve adquirir un aspecto más ó menos globuloso. En general, puede decirse que se insertan ó nacen del borde libre intestinal, haciéndolo con menos frecuencia de los lados, y raramente del borde del mesenterio, en cuyo caso se alojan entre sus hojas, que desdoblan.

¿Por qué aumentaban los dolores y las contracciones dolorosas intestinales en el estado de vacuidad de la vejiga y del recto? Se comprende fácilmente, pues es un fenómeno puramente mecánico. Cuando aquellos órganos estaban vacíos, al replegarse traccionaban las adherencias ó inserciones de ambos apéndices—Meckel y cecal, —de las que partían las excitaciones dolorosas hacia la médula; por el contrario, en el estado de plenitud se relajaban aquellos órganos y desaparecía todo motivo de tracción y de dolor. Del mismo modo se explican la excitación ó la calma, según que la plenitud recaía por encima de la parte estrechada y adherida del íleon á la vejiga ó sobre el ciego: en el primer caso, la distensión del asa tiraba de sus adherencias, mientras que en el segundo aparecía la relajación de los apéndices y adherencias del íleon, y ocurría á la inversa en el estado de vacuidad de uno ú otro órgano, como es fácil de comprender. Este fenómeno que estudiamos en nuestro caso se observa también en las apendicitis en general, siendo diferente su presentación según la disposición anatómica del apéndice; así es que podría servir, bien utilizado, como medio de diagnóstico. Claro es que me refiero á las apendicitis subagudas y crónicas acompañadas de adherencias del apéndice, porque en aquellas en que éste está libre no es posible la existencia del fenómeno. Seguramente que los compañeros que lean esta nota clínica, y hayan luchado con gran número de apendiculares, habrán observado que unos enfermos se quejan de dolor, más ó menos intenso, cuando se les hace una irrigación intestinal abundante, y mejoran cuando se vacía el líquido irrigado, y que otros, por el contrario, se calman á medida que el recto se dilata por el ingreso del líquido, y se quejan de dolor en el caso

contrario. Las mismas manifestaciones se presentan cuando la vacuidad ó plenitud son debidas á la ausencia ó presencia de los excrementos en el ciego ó en el recto. Al primer grupo pertenecen los apendiculares de apéndice corto, de tipo ilíaco y de situación más ó menos posterior con relación al ciego; al segundo corresponden los que tienen apéndice largo y de tipo pelviano, acentuándose tanto más aquellos fenómenos dolorosos en el exvacuo cecal y rectal cuanto más largo sea aquél.

La plenitud ó vacuidad producen, respectivamente, dolor ó calma en los primeros, porque aquélla determina tracción, y ésta relajación del apéndice y sus adherencias, mientras que en los segundos ocurre precisamente lo contrario. No diré que pueda admitirse esto como regla absoluta del diagnóstico anatómico de las apendicitis, pero sí muy aproximado, pues cuando he logrado descifrar y estudiar bien estos fenómenos he visto confirmado en la operación—en la mayoría de los casos—el diagnóstico anatómico formulado de acuerdo con estos datos ó síntomas clínicos. Si á ellos se agrega la existencia ó ausencia de dolor, propagado ó no á la fosa ilíaca izquierda, molestias y dolores á la micción y mayor ó menor pastosidad, por inflamación, en el fondo de Douglas, entonces entiendo, por lo que llevo observado en gran número de apendiculares, que podía establecerse el diagnóstico anatómico de apendicitis desarrolladas en apéndices largos y pelvianos ó en cortos é ilíacos, estén situados éstos por dentro, por fuera ó por detrás del ciego. Y que es importante y útil establecer *á priori* este diagnóstico no cabe la menor duda y se alcanza al cirujano más novel, pues servirá para guiar la intervención en uno ú otro sentido, facilitándola y acortando el acto operatorio. Y, por si esto no fuera suficiente, existe otra consideración también de gran importancia. En las variedades de tipo largo y pelviano debe aconsejarse la intervención pronta, y no admitir la contemporización, pues aunque los ataques sucesivos no llegaran á matar al enfermo, acabarían por la presentación de una de estas complicaciones: *a*) adherencia del último segmento del íleon á la cara posterior de la vejiga; *b*) perforación de ésta y comunicación con dicho segmento; *c*) ó con el recto; complicaciones que he tenido ocasión de observar siete veces, y que, por cierto, en todas se ha logrado la curación de la fístula entero-vesical, lo que está en abierta contradicción con la opinión generalmente admitida de la dificultad ó casi imposibilidad para algunos de lograrlo.

He observado estas fístulas también con motivo de otros procesos inflamatorios pelvianos no apendiculares, y siempre las he visto cicatrizar sin intervención cruenta, no obstante aconsejar la operación algunos colegas extranjeros á clientes míos que las padecían y que no llegaron á admitir el consejo de aquéllos, y sí el modesto

mío, que fué el de la abstención, esperando, como así ocurrió, la curación completa, sin otros recursos que los suaves é inofensivos de la asepsia vesical y algunas veces la posición abdominal durante más ó menos tiempo.

Es confundible, fácilmente confundible, y difícilmente diagnosticable la inflamación de un diverticulum de Meckel con una apendicitis típica; tanto más, cuanto más próximo de la válvula íleo-cecal se encuentre aquél. Consigno esta particularidad ó modalidad clínica porque no la he encontrado descrita en ninguna parte; al menos, que yo sepa. Los síntomas son muy parecidos á los correspondientes al cuadro de la apendicitis clásica. Aunque rara, bien merece la pena de tenerse en cuenta, en evitación de sorpresas operatorias, ya que, diagnosticada antes ó en el acto quirúrgico, el tratamiento, especialmente del pedículo, debe variar según que el apéndice sea el cecal ó el de Meckel. ¿Hay algún medio, síntoma ó guía que pueda utilizarse para hacer el diagnóstico diferencial? Seguros, ninguno; probables, pocos. Sin embargo, manifestaré lo que yo entiendo utilizable al objeto diagnóstico de la inflamación del diverticulum de Meckel. Siempre que el cuadro sintomatológico ofrezca dudas, por no corresponder por modo típico al de la apendicitis, *se descubre en el paciente alguna anomalía de crecimiento*, como el labio leporino, división del velo palatino, algún dedo supernumerario, etc., etc., y el dolor de Mac Burney en la fosa ilíaca derecha asiente más ó menos arriba ó abajo del sitio clásico, puede el clínico inclinar su juicio hacia la diverticulitis más bien que hacia la apendicitis.

El diverticulum de Meckel suele ir acompañado, no diré siempre, pero sí con frecuencia, de alguna otra anomalía de crecimiento, como ocurrió en nuestro enfermo, que tiene un coloboma derecho.

¿Cómo explicar, ó mejor, cómo interpretar las hiperestesias de la pared abdominal, las resistencias musculares, los intensos dolores y las violentas contracciones intestinales que presentaba nuestro enfermo? Si las experiencias en animales y la observación en las operaciones demuestran que las vísceras abdominales son insensibles, ¿por qué éstas despiertan dolores? Es muy cierto que los tejidos viscerales pueden quemarse, cortarse y rasgarse sin que el sujeto de experimentación, humano ó animal, se aperciba de semejantes agresiones, y, sin embargo, las vísceras abdominales originan dolores de un carácter agudísimo. Esta contradicción es aparente; la razón del fenómeno no es otra que los medios utilizados para despertar dolor en la superficie del cuerpo no son los apropiados para provocarlos en las vísceras. No es mi propósito estudiar en esta breve nota la patogenia general de los dolores abdómino-viscerales; me

limitaré, pues, á dar una ligera interpretación de estos dolores en cuanto tienen relación con la apendicitis. En nuestro enfermo, y más ó menos en todos los apendiculares, observamos una hiperestesia cutánea y muscular que llamaba la atención por su extensión; es decir, que siendo el apéndice tan pequeño, se explican, al parecer, difícilmente la presencia de las extensas zonas de hiperestesia y dolor que invadían las paredes abdominales del enfermo. ¿Estará el secreto de la interpretación patogénica de estos fenómenos nerviosos en la existencia de la capa sensible de la pared abdominal descubierta por Sir James Mackenzie, é ignorada hasta aquí? Este médico inglés dice que existen tres grandes capas en la pared abdominal dotadas de gran sensibilidad: 1.ª La piel, cuya sensibilidad aumenta extraordinariamente en las afecciones viscerales y va acompañada de un reflejo muscular exaltado. 2.ª La formada por los músculos planos del abdomen, siendo la más importante y profundamente afectada en dichas afecciones (defensa muscular); de tal modo, que exige la anestesia general para calmar su sensibilidad y permitirnos las exploraciones profundas á través de las paredes del vientre. 3.ª La encontrada por él, ó sea la del tejido conjuntivo laxo situado inmediatamente por encima del peritoneo. Su existencia fué sospechada durante mucho tiempo por Mackenzie, pues dice que en infinitas ocasiones había observado que los enfermos aquejaban mucho dolor cuando introducía los dedos por entre los músculos rectos y el peritoneo. La primera confirmación del hecho se obtuvo en un caso de cura radical de hernia, por Mr. Caird, que, habiendo inyectado cocaína—empleaba la anestesia local—en el sitio de la incisión, advirtió que la sección de la piel y músculos fué indolente, porque el enfermo no experimentó dolor alguno, mientras que al rasgar con la sonda el tejido conjuntivo profundo, el dolor sentido fué intenso. También continuó la insensibilidad al seccionar y coser el peritoneo. La misma opinión emití yo hace años en el periódico *La Medicina*, dirigido por el Dr. Mangiano, y con motivo de una información que hizo este desgraciado compañero, que murió en plena juventud, acerca del tema «¿El peritoneo es sensible?» Más tarde y en diferentes ocasiones comprobó Mackenzie la misma observación hecha por Mr. Caird. Los anatómicos y fisiólogos consultados por aquél le manifestaron que no tenían conocimiento de que hubiese ninguna distribución nerviosa en la referida tercera capa conjuntiva; pero después Ramstroin hizo un minucioso estudio histológico de la misma y dejó demostrado que la región estaba dotada de una rica red de nervios y terminaciones nerviosas procedentes de los que inervan los músculos. Ahora bien: si el peritoneo no es sensible, se comprende, no obstante, que sus inflamaciones, propagándose á la capa conjuntiva, interesen la red nerviosa mencionada y descubierta por

Ramstroin, y de aquí se propague á la muscular y cutánea, despertando su sensibilidad y dolor en los casos de tipo visceral, dolor é hiperestesia, atribuídas en las exploraciones clínicas á la víscera, siendo así que la inflamación ó lesión de ésta no representa otra cosa que el estímulo que por su persistencia é intensidad provoca los fenómenos de excitabilidad nerviosa en las paredes abdominales. Entre otras muchas pruebas que podría aducir en demostración de lo dicho, referiré tan sólo una presentada por Sir James Mackenzie, que tiene grande y positivo valor. «En una ocasión—dice este cirujano—resecaba un segmento de intestino delgado *en un sujeto despierto*. Había un gran número de adherencias, y mientras las cortaba y rasgaba, el enfermo no se quejaba de ninguna sensación dolorosa. Corté y cosí las superficies serosas del peritoneo visceral y parietal; rasgué las adherencias sobre el hígado; corté y suturé el intestino y mesenterio, y tampoco hubo el menor asomo de dolor. Preparada la parte más superior del intestino, se cubrió con un paño caliente y se colocó á un lado. Durante los siguientes tiempos de la operación el paciente se quejaba con frecuencia, é interrogado si sentía dolor, contestó afirmativamente, é indicó con su mano que lo percibía á través de la línea media al nivel del ombligo. Al principio, supuse que era debido á la parte sobre la que yo manipulaba, pero el dolor era intermitente. Mirando casualmente hacia la parte superior preparada del intestino, que estaba al lado derecho del abdomen, pude observar que cada pocos minutos pasaba una onda peristáltica sobre la porción más baja del mismo, y que cuando esto ocurría, el enfermo se quejaba de dolor en el sitio mencionado de la pared abdominal. Era evidente que el dolor estaba en relación con la onda peristáltica y que el paciente no tuvo la menor duda respecto al sitio en donde sentía el dolor, ni yo tampoco en cuanto á la causa que lo producía y á la extensión del área del mismo, que estaba situada á más de treinta centímetros del intestino contraído. Este curiosísimo, interesante y demostrativo hecho clínico, unido á otros muchos de idéntica procedencia, así como á otros tantos de orden experimental, vienen á explicar la doctrina ú opinión, aceptada por la generalidad, del llamado *dolor referido*. Ross admitía dos variedades de dolor visceral: *a*) el de la víscera propiamente dicho, y *b*) el somático; aquél referido al mismo órgano, y éste á una parte de la pared del cuerpo alejada de la víscera. Pero bien estudiados, resulta que son de la misma índole ó naturaleza; ambos son reflejos, y no reflejo el somático y local el visceral. El mismo ejemplo presentado por Ross comprueba este modo de pensar. El dolor aquejado en la espalda por un enfermo portador de una úlcera del estómago, es tan reflejo como el sentido en el epigastrio, no obstante suponer

aquél que este dolor es local; porque se siente siempre en la misma zona epigástrica, aun en los cambios de situación del estómago por los movimientos respiratorios, por los verificados por el enfermo y por los de las mismas paredes de la víscera, lo que no ocurriría en el caso de ser verdaderamente local, pues entonces el dolor cambiaría de situación, de acuerdo con aquellos movimientos. El mismo razonamiento puede hacerse para todos aquellos casos en que la víscera es movible y fácilmente cambia de posición, sin que el dolor visceral ó local de la misma lo efectúe. Y es que, como decíamos antes, la lesión no determina dolor en las vísceras abdominales, que son insensibles, sino que es la representación del estímulo aumentado para provocar ó despertar mayor irritabilidad en la metameria medular correspondiente, por el intermedio de los nervios aferentes, para ser transmitida por los eferentes á la periferia, comprendiendo toda la zona inervada por éstos. Resultando así, que el estímulo aumentado afecta á los centros sensitivos y motores, dando lugar á la producción de los dos reflejos víscero-sensitivo y víscero-motor—dolor y contracción de defensa—estudiados en la clínica, presentándose muchas veces grandemente distanciados de la víscera enferma; y cuando residen sobre ésta, comprendiendo zonas abdominales mucho mayores que las que corresponden á la misma.

Solamente así se explicarán ciertos fenómenos de carácter nervioso presentados en nuestro enfermo. La intensidad de los dolores, las grandes zonas hiperestésicas de la piel de su vientre, la defensa muscular de todos los músculos de su pared abdominal, las violentas, frecuentes y dolorosas contracciones peristálticas, generalizadas á todo el intestino delgado, generalización debida á que la estrechez por acodamiento residía en la terminación del íleon, todas estas manifestaciones dolorosas y contráctiles eran motivadas, indudablemente, por los reflejos provocados por los estímulos que partían de las múltiples lesiones viscerales que sufría el paciente, y esta multiplicidad explica, á su vez, la generalización de aquellas manifestaciones.

¿Tiene alguna importancia ó valor el estudio de estas hiperalgesias desde el punto de vista diagnóstico y hasta terapéutico? Casi todos los médicos y cirujanos que han tratado este interesante tema se la dan sin titubear. El Dr. Sherren publicó un importante trabajo acerca de la significación diagnóstica del dolor y la sensibilidad en las apendicitis, llegando á establecer conclusiones con las que estoy muy de acuerdo y acepto, dado el resultado de mi personal observación clínica, que está en consonancia con las opiniones de aquél, cuyo trabajo, aunque propio, está inspirado en los de Head, Mackenzie, Muller y Mauselle Moullin. Yo consignaré, como resumen de mi pensar sobre el asunto, que la hiperalgesia cutánea y

muscular en la apendicitis tiene tanta importancia, ya que no más, como la leucocitosis, con una ventaja en favor de las primeras, pues si una y otra han de tener un relativo valor práctico, necesitan estudiarse en ciclo, porque tomadas aisladamente no tienen significación diagnóstica. En efecto, para obtener el ciclo leucocitario apendicular se requiere persona perita y muy técnica, laboratorio y dos tomas de sangre al día cuando menos, lo que exige, á su vez, molestar al enfermo muchas veces; por el contrario, el estudio del ciclo de las áreas hiperalgésicas y el de su intensidad puede hacerse personalmente por el cirujano cuantas veces se necesite, sin la menor molestia para el enfermo y sin otros utensilios que una aguja, un simple plumero de algodón en rama, y, á lo sumo, un pequeño martillo.

Las dos variedades de sensibilidad—superficial ó cutánea y profunda, pues ambas deben investigarse—tienen intensidad y extensión diferentes, según el grado y propagación de la inflamación y la tensión de las paredes del apéndice, ya que esta última es uno de los factores más esenciales en los órganos huecos de la irritabilidad medular. La extensión de las zonas de hiperalgesia cutánea varía desde una banda completa que se extiende por el lado derecho de la línea media por debajo del ombligo, y llega á las espinas lumbares, á un punto ó espacio circular situado un poco por encima del centro de la línea que une el ombligo á la espina ilíaca anterior y superior. La forma triangular y la parte inferior del abdomen son la forma y sitio más frecuentes, por lo que Sherren ha dado á esta zona el nombre de *triángulo apendicular* de la sensibilidad cutánea, limitado abajo por el ligamento de Poupart, adentro por la línea media, y correspondiendo el vértice externo á la espina ilíaca anterior y superior, aunque algunas veces se extiende hasta la línea axilar media. En nuestro enfermo no nos fué posible delimitar estas zonas, porque la hiperalgesia invadía ambos lados, confundiéndose unas con otras, hasta llegar á generalizarse en toda la piel infraumbilical, lo cual se comprende perfectamente si se tiene presente que los focos inflamatorios eran múltiples, y, por ende, múltiples los reflejos víscero-sensitivos. Por cierto que la hiperalgesia generalizada fué disminuyendo paulatinamente, no desapareciendo en absoluto hasta tres meses después de la operación, no obstante el restablecimiento alcanzado por el enfermo en época muy anterior. He observado, en efecto, en otros casos de apendicitis, que el último síntoma que desaparece es la hiperalgesia, y su desaparición gradual está en relación con los otros síntomas locales y generales cuando la apendicitis declina y termina por la curación; no sucede así en el caso contrario; es decir, que persiste y aumenta si se propaga el proceso inflamatorio é invade varias zonas del peritoneo.

También he comprobado en mis observaciones que el emplazamiento de las zonas hiperalgésicas no cambiaba en relación con las formas anatómicas del apéndice, sino que siempre ocupaba los sitios clásicos referidos, aunque los apéndices estuviesen situados arriba, abajo, adentro ó afuera, lo que está de acuerdo con lo que dijimos anteriormente: que el dolor visceral no existe, y sí el dolor reflejo partido de la metameria medular, que siempre es la misma para todas las variedades de situación del apéndice.

Es un síntoma de inmensa gravedad que la hiperalgesia apendicular desaparezca rápidamente, tanto más si coincide con la agravación del estado general, pues esta desaparición va acompañada casi siempre de la perforación ó la gangrena del apéndice, complicaciones que exigen imperiosamente una rápida intervención. He aquí, pues, otro motivo que demuestra la utilidad é importancia diagnóstica de las hiperalgesias apendiculares. Son también un guía para evitar confusiones entre las apendicitis, los cólicos hepáticos y renales y las inflamaciones anexiales, pues que la localización hiperalgésica en aquellas variedades de cólicos reside en la primer área lumbar de Head y los bordes del tórax, sobre la décima y undécima costillas, mientras que no existen hiperalgesias en las anexitis de la mujer, y de presentarse alguna vez son bilaterales.

Estas son, en resumen, las consideraciones que me ha sugerido la presentación del interesante caso de apendicitis acompañada de diverticulitis.

---

## CIRUGÍA Y PRÓTESIS BUCO-FACIAL

POR LOS DRES. PALLARÉS Y LANDETE

Las operaciones autoplásticas son las que más campo dejan á la iniciativa del cirujano, pues si bien hay que sujetarse á reglas fundamentales, son éstas de carácter general, y las lesiones que motivan esta cirugía ofrecen tal variedad por su naturaleza (tumores, pérdidas de sustancia, cicatrices, etc.) y por su localización y extensión, que en presencia de un caso cualquiera apenas si en lo escrito sobre el asunto hay manera de orientarse.

Las dificultades son mayores tratándose de la cara; no basta entonces curar y restablecer la función ó funciones perturbadas: es preciso no dejar grandes deformidades, y un descuido en la técnica, algún detalle imprevisto al trazar el plan operatorio, compromete el resultado final en lo que hace á la parte estética, que aquí es de capital interés.

El caso que á continuación exponemos se presta especialmente á

estas consideraciones, y sólo después de muchas dudas nos resolvimos á intervenir, haciéndolo con la prudencia á que obliga una práctica bastante limitada por nuestra parte.

G. R., de diez y nueve años de edad, de buena constitución y sin antecedentes patológicos dignos de tener en cuenta, recibió una perdigonada en la cara; el disparo se hizo á muy corta distancia, causándole grandes destrozos en la nariz, labio y maxilar superior.

FIG. 1.ª—Fotografía del caso tal como se presentó en la consulta; puede observarse la multiplicidad de cicatrices.

Practicada la primera cura y trasladado á una clínica quirúrgica, se atendió allí convenientemente hasta que cicatrizaron todas las heridas. La curación se verificó, dejando como consecuencia las deformidades que luego describiremos, y que seguramente se exagerarón cuando, pasado cierto tiempo, la retracción cicatricial y de los colgajos fué mayor.

Refiere el enfermo que desde su salida del Hospital llamaba tanto la atención é impresionaba tan desagradablemente á cuantos le veían, por lo desfigurado de su rostro, que le hizo alejarse de todo

trato social y ocultar constantemente la cara, excepto los ojos, con un pañuelo que llevaba anudado atrás.

En estas condiciones, buscando un medio que le sacara de tan lamentable situación, se presentó en nuestra consulta, en Septiembre de 1905.

De la fisonomía de este individuo puede formarse juicio con sólo mirar las figuras 1.ª y 2.ª Lo primero que llama la atención es que

FIG. 2.ª—Perfil, antes de operar, donde puede notarse la desaparición del dorso de la nariz y labio superior, lo saliente del labio inferior, etc., etc.

de la nariz ha desaparecido casi todo el tabique, y el dorso se aplasta hasta borrarse totalmente, quedando en su lugar una hendidura transversal cuyo fondo es una cicatriz. El lóbulo y las alas de la nariz, deformados y dislocados hacia arriba y atrás, están rodeados de cicatrices que se continúan por el lado derecho con otra que, atravesando la raíz, que conserva su forma, termina en el ángulo interno del ojo izquierdo.

La mitad derecha del labio superior está formada por tejido duro

cicatricial, notándose que la otra mitad se ha reconstituído con un colgajo tallado en la mejilla por una incisión horizontal, y que se ha estirado hasta suturarlo en la línea media.

La abertura bucal, replegada y tan pequeña que difícilmente cabe un dedo, se ha achicado porque el labio superior, muy estrecho, tira de las dos comisuras hacia dentro.

Al explorar la boca introduciendo un dedo, se nota en el maxilar superior la falta de la porción alveolar correspondiente á la implantación de los incisivos caninos y primer bicúspide del lado derecho, y los incisivos, canino y bicúspides del izquierdo, habiendo perdido en total nueve dientes. Esta falta de hueso en que apoyarse hace que el labio superior, retraído, se coloque mucho más atrás que el inferior, que está sano (deformidad bien manifiesta en la figura 2.ª).

A estas alteraciones anatómicas corresponden las perturbaciones funcionales siguientes: gran dificultad para respirar, al extremo de que la entrada del aire se verifica por la boca; obstáculo á la penetración de alimentos en la cavidad bucal, que sólo es posible en porciones muy pequeñas; y la masticación está profundamente modificada.

Ingresó en la enfermería del Instituto Rubio en Octubre de 1905.

Lo primero que se procuró fué corregir la desproporción entre ambos labios y agrandar la abertura bucal, lo que permitiría tener pronto el molde necesario para construir una pieza protésica que, sustituyendo la parte que faltaba de maxilar superior, colocara el labio restaurado en el mismo plano que el inferior. Esto se consiguió con la operación de Estlander. Previa anestesia por el cloroformo, se incindió el labio superior verticalmente y en la línea media, quedando una pérdida de sustancia en forma de V invertida. Del labio inferior, y también en la línea media, se tomó un colgajo triangular, dejando al lado de la base un pedículo que comprendía la parte mucosa, alrededor del cual se le desvió hacia arriba con una inclinación de 180°, suturándole una vez adaptado á la hendidura del labio superior. Tres puntos de sutura cerrando el labio inferior completaron la operación.

Durante los cinco días que tardamos en seccionar el pedículo se alimentó el enfermo por un tubo de goma que se utilizaba también para que pudiera respirar. Como la boca quedara todavía algo estrecha, se ensanchó con una segunda intervención, quitando dos tiras de piel en las comisuras, disecando la mucosa y suturándola hacia fuera, conforme indica Dieffenbach.

El resultado final de estas dos intervenciones fué satisfactorio: corregida la deformidad de la boca una vez colocado el aparato de prótesis dentaria, el individuo se alimentaba masticando bien toda clase de alimentos.

Otro problema quedaba á resolver: el de la nariz. Para corregir la deformidad nasal, ¿debíamos practicar la rinoplastia total, ó, dada la poca vitalidad de los tejidos inmediatos, conformarnos con colocar una nariz artificial? Nos resolvimos por lo segundo, sin dejarnos llevar por el afán de ensayos quirúrgicos, que creímos perjudiciales para nuestro enfermo.

FIG. 8.ª—Primera intervención: abertura de la cavidad bucal por cantoplastia, é injerto de un colgajo triangular del labio inferior al superior.

Desde luego había que desechar en este caso todos los procedimientos rinoplásticos que se proponen formar una nariz con colgajos cutáneos y sin ningún medio de sostén, porque faltando éste no tarda aquélla en aplastarse, quedando una deformidad mayor que la que se trata de corregir.

Las piezas de prótesis destinadas á sostener estos colgajos cutáneos (trípode de Martín, etc.) están hoy en completo desuso, porque se comportan como cuerpos extraños, llegando á producir ulceraciones y ser eliminados al poco tiempo de colocarse.

La rinoplastia con sostén perióstico ha corrido la misma suerte. Ollier la ensayó después de sus estudios sobre las propiedades osteogénicas del periostio, creyendo que transportado éste llegaría á formar una lámina ósea suficiente para sostener la nariz restaurada; los ensayos dieron resultados negativos, y el mismo Ollier abandonó al cabo de algún tiempo este procedimiento.

Siempre que se trate de formar una nariz destruída en totalidad tendremos que acudir al sostén ósteo-perióstico ó cartilaginoso; y reconociendo esto en la actualidad los cirujanos, han trabajado lo indecible, multiplicando los procedimientos de tal manera, que sería imposible ocuparse de todos ellos. Lo que sí se puede afirmar por anticipado es que aun con aquellos que se consideran buenos no se llegan á obtener resultados que satisfagan por completo.

Entre los métodos de rinoplastia con colgajo ósteo-perióstico buscamos alguno que, con las ligeras modificaciones que las circunstancias exigen al adoptarle al caso particular que estamos historiando, nos sirviera de norma.

Por el gran número y la extensión de las cicatrices que tenía alrededor del sitio que ocupaba la nariz, ofrecía un grave inconveniente la aplicación de los procedimientos que toman el colgajo de la frente (éstos son los más), pues la cicatrización consecutiva á la gran pérdida de sustancia que queda en la región frontal vendría á deformar la única parte del rostro que aparecía sana y en completa normalidad. Esto unido á los defectos que cada método entraña en sí y que procuraremos señalar, ocupándonos de los principales.

En el de König es tan difícil tallar el colgajo ósteo-perióstico, que sólo es factible en los individuos que tengan la frente en una forma especial; y además de esto, la lámina estrecha que se obtiene sufre con el tiempo una reabsorción parcial que la reduce considerablemente, exponiendo á la nariz á hundirse con una presión insignificante. König más bien lo aplicaba para corregir la nariz en forma de silla de montar, tan frecuente en los sifilíticos.

Casi todos estos defectos son imputables al método de Von Hacker, más el peligro de infección secundaria del hueso, que queda al descubierto en las fosas nasales.

Krause toma la parte ósea de la frente y la cubre con un trozo de piel que trasplanta de un brazo y que, como todo colgajo trasplantado, apenas si tiene vitalidad. Se mortifica casi siempre.

Nélaton es autor de un procedimiento que ofrece ventajas positivas sobre los anteriores, línea de reunión en el dorso y la torsión de los pedículos en el arranque de la nariz.

En nuestro operado era improcedente su empleo por no poder servirnos de los tejidos laterales, con los que Nélaton cubre previamente las fosas nasales como operación preliminar.

Sin ocuparnos de otros procedimientos más deficientes que los arriba citados, hemos de señalar también como defecto común á todos ellos que al tallar la lámina ósea en el frontal, como no se sabe de antemano el espesor de este hueso, se puede dar con individuos que le tengan tan delgado que se abra la cavidad craneal con el escoplo, á pesar de las mayores precauciones, según ha sucedido á cirujanos tan hábiles como Nélaton y Friedrich.

FIG. 4.ª—Regularización del labio superior.

Descartados todos los métodos en que se utilizan tejidos de la frente, pensamos en practicar alguno de aquellos que, como el de Israël, los toman á distancia. Del antebrazo, y con más frecuencia en la región cubital, se han obtenido colgajos ósteo-periósticos que, convenientemente fijados y nutriéndose por un pedículo que se secciona á los ocho días, pueden formar la nariz. Pero fácilmente se comprende la dificultad de que el enfermo sostenga durante ese tiempo el brazo inmovilizado en una posición tan molesta, y el menor movimiento compromete el éxito de la operación.

Esta inmovilidad la consigue el autor con un aparato bastante complicado y del cual no disponíamos.

Podíamos contar últimamente con la rinoplastia sobre un sostén cartilaginoso.

La implantación en un punto determinado previamente de un trozo de cartílago costal, que se lleva después sobre las fosas nasales, comprendido en el colgajo cutáneo, para que sostenga la nariz rehecha, es posible; y bien conocidos son los casos de König y del mismo Nélaton, que lo empleó en 1902 prefiriéndolo á su procedimiento.

Como el trozo de cartílago hay que implantarle en las proximidades de la nariz para que, al trasladarlo con la piel, quede un pedículo de nutrición, y en nuestro enfermo el único sitio disponible era la frente, tenía tal modo de proceder el mismo inconveniente que los señalados para los métodos de colgajo ósteo-perióstico frontal.

La multiplicidad de métodos propuestos indica de un modo claro que, si bien se ha conseguido mejorar mucho la técnica de la rinoplastia total, se está muy lejos todavía de haber hallado uno que ofrezca suficientes garantías.

Si nuestro enfermo hubiera tenido únicamente destruída la nariz, acaso nos hubiéramos decidido por rehacerla con la rinoplastia; pero los resultados siempre inseguros de esta operación y el temor de anular los buenos efectos obtenidos con las primeras intervenciones, por las que la boca quedó en las mejores condiciones estéticas y funcionales, nos decidió, por lo pronto, á colocarle una nariz artificial de las que hoy se construyen, fácilmente adaptables y de exacto parecido con las naturales.

El aparato nasal se confeccionó sacando primeramente el vaciado de la cara, sobre el cual se modeló con barro una nariz lo más parecida posible á la que el sujeto tuvo, utilizando para ello una fotografía del hermano más parecido, pues dió la particular coincidencia que el operado no tenía ninguna. Hecha la nariz, se sacó un molde para obtener una positiva en cera, la que á su vez se colocó en una coquilla, ó sea una caja de hierro dividida por la mitad, con el objeto de enterrar con escayola la pieza protésica en dos porciones, una que corresponde á la media caja inferior y otra á la superior; en esta disposición, cabe abrir la coquilla y rellenar el sitio ocupado por la nariz de cera, y que, á beneficio del calor del agua hirviente donde se mantiene un rato, se fundió, dejando en su lugar un vacío, por caucho blando especial, que tiene la propiedad de endurecerse cuando se sostiene durante una hora á 320° Fahrenheit, en una marmita que llamamos vulcanizadora. El caucho, endurecido por efecto de la vulcanización, reproduce con toda exactitud

los menores detalles del modelo; resta tan sólo después retocar los puntos necesarios con buriles, rascadores y papel de lija.

Hay que advertir que el aparato nasal lleva dos aditamentos, consistentes en una espiga de oro en la parte inferior para sujetarlo á la dentadura y un pequeño gancho mortaja en la parte superior, donde se coloca el puente de las gafas, que sujeta por arriba; estos accesorios se confeccionan antes de vulcanizar la pieza y se colocan en las coquillas al mismo tiempo que el caucho, para que salgan empotrados en la masa resultante, á fin de darles la mayor solidez posible.

Una vez obtenido y retocado el aparato, queda un punto de capital importancia: el que se refiere al colorido del mismo: en efecto, éste ha sido el escollo con que han tropezado todos los que á esta clase de trabajos se dedican, y de aquí que hayan nacido infinidad de procedimientos, según la forma con que los diversos autores han tratado de resolver tan importante problema.

Martin, de Lyon, testigo de mayor fuerza en lo que á prótesis hace referencia, se vale de la porcelana, con cuyo material fabrica de ordinario las piezas nasales, dando el colorido apropiado antes de la cocción; el brillo tan acentuado que, por la fusión del barniz correspondiente, adquiere el aparato, forma tal contraste con el resto de la cara y es tan desagradable, que por acertado que esté el color desentona de un modo extraordinario cuando se lleva colocado; este inconveniente se ha disminuído exponiendo á los vapores de ácido fluorhídrico la porcelana, con lo que adquiere un tono mate, y, por lo tanto, más aproximado á la realidad. El exigir muchos cuidados y ser muy difícil su construcción, al lado de necesitar medios de fijeza resistentes, no siempre posibles, por el peso de la porcelana, hace que su uso sea limitado, no obstante las ventajas inapreciables de limpieza, duración y estética que posee.

Pasamos por alto también los procedimientos de Debout, que recubría los aparatos de caucho ó de plata con una capa de cera coloreada, y la pintura al óleo por ser de pésimos resultados.

En nuestro caso, el poblema del colorido de la nariz lo resolvimos aplicando el procedimiento que se sigue para *encarnar* las imágenes, el cual está desprovisto en cierto modo de los inconvenientes de la pintura al óleo y la cera coloreada, y tiene en cambio la ventaja de ser un color permanente y que da un extraordinario parecido con el natural. En la figura 5.ª, que representa el conjunto de aparatos que lleva el paciente, pueden notarse, además de la forma, algunos puntos oscuros que representan manchas pigmentarias idénticas á las que el sujeto tiene en las mejillas, contribuyendo á disimular la pieza artificial, que resultó ser de un parecido exacto. Para conservar esta agradable apariencia, creemos imprescindible tener una

nariz de recambio, pues hay necesidad de pintarse de nuevo cuando por el uso se ensucia.

Otro punto de interés es el que se refiere á la sujeción del aparato: en el caso concreto de que venimos hablando, por estar completamente desprovistas de aberturas las fosas nasales, hubo necesidad de buscar un medio externo de fijación, dejando á un lado la sujeción por las fosas nasales á beneficio de esponjas, botones de caucho, resortes laterales ó superiores é inferiores, etc., etc. Debe-

FIG. 5.ª—Aparatos que lleva el sujeto; pueden verse los detalles de la pieza nasal.

chamos los procedimientos del resorte metálico que desde la raíz de la nariz va al occipucio, pasando por la línea media, y las correas coloreadas que, deslizándose por las mejillas, van á las orejas, por ser muy notadas y visibles, inclinándonos por el sistema de las gafas con cristales ordinarios, pues el individuo no necesitaba corrección de su vista por ser ésta normal. El puente de las gafas viene á introducirse en una armadura de oro, especie de mortaja que lleva el aparato, empotrada, según queda dicho, antes del endurecimiento del caucho; como el puente es de oro y la armadura también, y ésta no sobresale apenas por tener la misma altura, de aquí que parezca un todo continuo y sea imperceptible la unión y sujeción. Por la parte inferior la nariz va provista de un *pivot* de oro, que, á través del labio superior, y aprovechando el ángulo de unión del colgajo

autoplástico, se introduce en el aparato bucal, que lleva una vaina correspondiente, donde queda aprisionado el vástago por entrar á presión; de este modo, la nueva nariz queda sólidamente sujeta tanto por arriba como por abajo. Para colocarla, se principia por meter el *pivot* nasal en la dentadura, que con una ligerísima presión queda sujeto, y después se introduce en la mortaja que hay en la raíz de la nariz el puente de las gafas, que á su vez se dejan en posición; para desmontarla, basta seguir el camino inverso.

FIG. 6.ª—Aparato bucal que demuestra el bloque correspondiente al proceso alveolar perdido y las coronas de oro fijas con la pestaña de sujeción.

El aparato bucal consta de dos partes: una fija y otra móvil. La fija está representada por dos coronas de oro sólidamente adaptadas al primer molar izquierdo y al segundo bicúspide derecho, á beneficio de un cemento de los empleados en dentistería; el detalle de construcción de las mismas, que reproducen exactamente la forma de los dientes á quien sustituyen, así como la colocación y ajuste en su lugar correspondiente, son particularidades que alargarían demasiado este artículo, y por tanto nos abstenemos de consignarla; únicamente haremos mención de la pestaña saliente que llevan las coronas en su cara vestibular, y que sirven para que enganchen mejor las corbatas de que va provista la dentadura, con el objeto de darle el máximum de fijación. (Véase la figura 6.ª)

El aparato movible es una dentadura ordinaria que consta de

ocho dientes, con su válvula y ganchos de oro, que le dan un sostén de primera fuerza, pues se aprovecha la presión atmosférica por una parte y la resistencia de los dientes por otra; de este modo, aunque haya de soportar en parte la pieza nasal y sustituir una porción de alvéolos, la dentadura queda perfectamente inmóvil. Las particularidades de este segundo aparato son la existencia en las corbatas, que son recias, de unos orificios para facilitar su coloca-

FIG. 7.ª—Perfil derecho del caso tal como quedó al final de todas las intervenciones.

ción y desmonte, y el estar construída con caucho negro por la parte no visible, con lo que se consigue mayor ligereza, aumentada ésta por la presencia de dos ó tres fragmentos de carbón en la porción alveolar ó más abultada. También queremos consignar, para que pueda servir de norma, las dificultades que hubieron de vencerse para sacar el molde de la arcada dentaria y paladar, por la estrechez del orificio bucal, que no permitía la introducción de una cubeta de las más pequeñas usadas con este objeto para tomar la medida, lo cual se consiguió por medio de cubetas parciales, sacando en dos porciones el total de la negativa, y utilizando la posición de

Rosse para evitar la posible introducción de escayola en las fauces.

Una vez terminados y colocados los aparatos, el paciente quedó como puede verse en las figuras 7.ª, 8.ª y 9.ª, cuya apariencia estética no puede ser más aceptable, toda vez que, dentro de la perfecta adaptación de la nariz á las partes blandas, goza de una cierta movilidad en relación con la de las mejillas, por ser los puntos de

FIG. 8.ª—Frente, después de operado.

sujeción fácilmente desplazables á la menor presión, y que cuando cesa ésta vuelve á su primitivo estado por la tensión del resorte de las gafas.

En cuanto á la masticación, ya queda consignado el inmenso cambio que ha sufrido, pues de apenas malcomer á triturar completamente toda clase de alimentos, la ventaja es enorme.

No queremos con lo dicho, y sirva esto de conclusión á nuestro modesto trabajo, que la prótesis buco-facial sea el *non plus ultra*, el *desiderátum* adonde tengan que recurrir indefectiblemente esta clase de enfermos; de ninguna manera: en nuestro humilde pare-

cer, la prótesis, sea de la región que sea y adopte la forma que se quiera, nunca podrá pasar de la categoría de auxiliar, siquier sea algunas veces muy eficaz, de la cirugía, y el operador únicamente debe recurrir á ella como último extremo, cuando los demás recursos hayan fracasado ó no sean aplicables á un caso concreto, como sucedió en el presente; y si por acaso alguien viera en nuestro operado la posibilidad de seguir un procedimiento quirúrgico que no

FIG. 9.ª—Perfil izquierdo, para comparar con el primitivo retrato de la figura 2.ª

creemos hoy por hoy, campo hemos dejado para poder aplicar toda clase de iniciativas, pues con la prótesis no se ha alterado lo más mínimo la fisonomía del sujeto en cuestión.

Y, para terminar, diremos que el temor á una operación quirúrgica ó los fracasos de las rinoplastias realizadas ó supuestas son las únicas indicaciones de la prótesis nasal, pues, por bien hecha que esté la pieza artificial, jamás será una verdadera nariz, aunque aminore muchísimo la desesperada situación de estos pacientes.

# EDEMA PALPEBRAL CARBUNCLOSO

## Inyecciones iodadas. — Curación.

Por el Dr. D. Dionisio García Alonso
Titular de Villavieja (Salamanca).

Después de veintinueve años de ejercicio de la profesión en pueblos en que no es rara la fístula maligna, es el que voy á referir el primer caso visto por mí de la afección nombrada en el epígrafe, y por esto y por la eficacia en él de las inyecciones iodadas es por lo que me decido á publicarlo.

El paciente es un hombre de treinta y tantos años, todo actividad y energía y sin tacha alguna fisiológica. Por Julio último, que es la fecha de su padecimiento, eran sus ocupaciones las del transporte en comisión, desde aquí á Ciudad Rodrigo, y sirviéndose de un carro como vehículo, de materiales curtidos y zapatería de estas fábricas, trayendo al regresar frutas y verduras, que abundan en el mercado de dicha plaza, y frecuentemente también pieles de vaca de las sacrificadas en el matadero ó de las muertas naturalmente en los pueblos próximos á ella.

En los días de intervalo entre sus viajes frecuentaba además una fábrica de curtidos, en la que, si otra cosa no hacía, por no saber, por lo menos manejaba las pieles y materiales que en ella había, no estando acostumbrado de antes á tales trabajos, puesto que hacía sólo dos ó tres meses que en esto se ocupaba. Y hago esta advertencia por si acaso ello influiría en la génesis del mal, toda vez que los curtidores y fabricantes de aquí apenas padecen afecciones carbunclosas, á pesar de no desperdiciar ni despreciar nunca una piel, así haya muerto el animal de la enfermedad que quiera. ¿Será que el hábito de manejarlas crea en ellos una especie de inmunidad?

Nuestro sujeto se levantó de la cama un día del mes referido con una hinchazón, sin dolor y sin alteración del color de la piel, en el párpado superior derecho; y como no le molestaba, marchó á Ciudad Rodrigo con la fuerza del sol. Por la noche la hinchazón fué en aumento, y, temiendo ya algo de ella, regresó á la mañana en el tren, presentándose á nuestra observación al medio día. Fuera de los antecentes expuestos, ningún otro de importancia pudo suministrar. No sabía si las pieles últimas que había manipulado eran de reses sanas ó *mortizas*, ni recordaba si le habría picado en el punto afecto alguna mosca, etc. Había que juzgar sólo por lo que estaba á la vista, y esto no era mucho. Era sólo un edema extendido ya á los dos párpados, aunque más acentuado en el superior, corriéndose también un poco por encima de la ceja y sien correspondiente. En-

treabiertos aquéllos, para lo cual hubo que hacer algo de violencia, veíase el ojo sin inyección conjuntival, sin fotofobia, lagrimeo, etc.

El color de la piel era un rosado tenue capaz de hacer dudar si sería morboso ó fisiológico, y su distensión, habiendo hecho desaparecer las arrugas normales, la daba un aspecto liso y reluciente. En el centro de la cara cutánea del superior había una mancha morena, pequeñísima, parecida á la que produce la picadura de una mosca. No había dolor ni calor, ni más molestias por parte del enfermo que un ligero prurito en los párpados, que se convertía en escozor al frotar, y la sensación de tirantez de la piel, junto con la dificultad mecánica de la visión. Era bueno su estado general.

Claro es que con síntomas tan equívocos no era fácil entonces diagnosticar. Sospechamos desde luego algo malo; ¿pero era ocasión de intervenir con toda actividad? Dispusimos, en són de espera, la aplicación de compresas empapadas en fuerte solución de sublimado, pediluvios estimulantes y quietud, y al día siguiente el edema se había propagado por la mitad correspondiente de las regiones frontal y temporal y por todo el carrillo derecho, conservando la piel su color normal y estando más tirante en los párpados, que ya no podían entreabrirse. La pequeña mancha se había trocado en una costrita, que, levantada, dejó al descubierto la piel normal. Las molestias del enfermo, tan insignificantes y pequeñas como el día anterior.

En éste, ya por la tarde, y frustradas nuestras esperanzas de consultar con algún compañero, nos decidimos á usar, por el método que recomienda el autor, el *abortacarbunclos Durán*. Y no es que el diagnóstico lo considerásemos claro. La pústula maligna ó carbunclo no era, porque faltaba la pápula ó botón negruzco y deprimido que habíamos visto en los treinta ó más casos de esta afección que hasta la fecha hemos tratado. Pensábamos en el *edema maligno*, como desde el principio. ¿Pero habían de ser aquellos solos los síntomas de él?

Si hubiéramos podido hacer el examen bacteriológico de la sangre, habríamos acaso salido de dudas; pero esto no estaba en nuestra mano, y de todos modos con el procedimiento que íbamos á poner en planta nada podíamos perder. El mentado específico goza de gran boga en esta comarca, siendo un líquido acuoso del que se vierten, una tras otra, tres ó cuatro gotas sobre el punto afecto, dejando entre ellas el tiempo suficiente para que se evapore la anterior, mezclando el resto que queda en el frasco (dos centímetros cúbicos, próximamente) con bastante cantidad de agua, que debe de beber el enfermo en las siguientes veinticuatro horas.

Afirman varios médicos que da un resultado excelente en la pústula maligna, cosa que nosotros evidenciamos en el único caso de esa

afección en que nos atrevimos hace dos años á ensayarlo: un caso en los comienzos, que venía diagnosticado ya de fuera por otro compañero. Nuestra práctica de siempre en los casos de pústula había sido la de incisión crucial de todo su espesor (me refiero á la parte dura y negruzca), seguida de cauterización por el nitrato ácido de mercurio ó por el hierro al rojo; pero en el caso presente, ¿qué punto era el que iba á incindir y cauterizar?

Las gotas del *abortacarbunclos* se aplicaron al centro del párpado, sin que se notara detención en la marcha invasora del edema; antes bien, siguió extendiéndose en términos que al día siguiente estaba atrozmente abultada toda la piel de la cara y cabeza, sobre todo por su lado derecho, lo mismo que la del cuello, dando por la percusión ese aspecto tembloroso tan visto en estas afecciones. Los párpados del lado sano apenas podían tampoco separarse, y comenzaba el enfermo á sentir quebrantamiento y malestar.

Hay que advertir, sin embargo, que el resto del medicamento que debiera de haberse usado por ingestión se derramó inadvertidamente del frasco; pero cómo quiera que la confianza que en él teníamos no era muy grande, decidimos apelar á las inyecciones iodadas, practicándolas con la tintura pura en número de cuatro ó cinco por sesión, y ayudando á su efecto con el empleo al interior de 10 gotas diluídas en agua cada tres horas, hasta que se vió al mal ir francamente en baja.

Las inyecciones fueron de un centímetro cúbico cada una, por lo que en cada sesión se introdujeron debajo de la piel cuatro ó cinco; y como las sesiones fueron tres diarias y duraron tres días, calcúlese qué cantidad tan grande de iodo penetró en aquella economía sin que siquiera se manifestasen sus efectos fisiológicos.

Con las del día primero, practicadas á la una y las ocho de la tarde en los puntos límites del edema, no vino el alivio, porque á la mañana siguiente llegaba hasta la región mamilar, habiendo habido fiebre aquella noche y delirio un tanto violento; pero fiebre que desapareció en seguida, y delirio que persistió aun en medio de la baja de todos los síntomas por dos ó tres días, tan violento, que hizo precisa la administración, después de haber resistido á cuatro gramos de hidrato de cloral en enemas, del clorhidrato de morfina en píldoras de centigramo, las cuales hubo de usar en número de tres ó cuatro por día para tenerle en narcosis continua; porque si no, se exasperaba y salía del lecho para hacer verdaderas tropelías.

Por lo que hace al edema, se le vió desde entonces ir de visita en visita retrocediendo; parecía como si, asediado en toda su circunferencia por las inyecciones, acorralado por el iodo que le impedía por todos los puntos á la vez seguir adelante, se viese obligado á volver atrás y á replegarse á su punto de origen, para convertirse su

serosidad en el pus salvador que con tanto gusto habríamos visto antes.

La piel, sana hasta entonces, comenzó á tomar un color violáceo, que á poco se hizo negruzco en los párpados y la mejilla y rojo subido á su alrededor, estableciéndose después el círculo y surco eliminadores de la ancha escara, seca, negra y apergaminada, en que se vino á convertir toda la piel de la región afecta.

Todo lo que ocurrió después es lo sabido. A la eliminación de la escara no se perforó el párpado superior, por milagro. Del inferior desapareció toda la piel, así como también el saco lagrimal. De la sien, porción grande de aquélla y todo el tejido celular, que salió á pelotones. En la región malar quedó al descubierto el periostio, y en el carrillo se estableció una perforación que obligó en varios días á taparla mecánicamente al tiempo de la ingestión de los alimentos, para que no se escapasen por ella. Hasta vino á supuración una adenitis submaxilar presentada al tiempo de la formación de la escara, teniendo que punzarla.

Como se comprende, la pérdida de piel y de sustancia que luego resultó era enorme; pero con curas antisépticas todo se fué regenerando en tiempo relativamente corto, y hasta el ojo, por cuya integridad tanto temimos en los doce ó más días en que nos fué imposible examinarlo, quedó sano y salvo por entonces. El párpado superior, con la retracción cicatricial, pudo irse elevando hasta el grado conveniente, y en el inferior resultó un ectropión soportable relativamente, que no nos atrevimos á tratar autoplásticamente antes de la cicatrización de la herida por falta de piel sana en las inmediaciones, y luego después porque esperábamos ver el grado definitivo en que quedaba aquella deformidad, una vez que se hubiese agotado la acción de los astringentes y antisépticos que usábamos para descongestionar la mucosa y ponerla en condiciones mejores.

Pero el enfermo nos relevó de la operación. Cansado sin duda, y pareciéndole largo el plazo que para ello nos íbamos tomando, se hizo operar en Octubre sin nuestra anuencia, y luego á seguida le sobrevino una oftalmía que terminó con la perforación de la córnea y vaciamiento, por tanto, del globo del ojo.

La autoplastia, pues, no tendría ahora más fin que el estético; y como la deformidad se remedió algo al operarle, y es, además, el enfermo un pobre jornalero á quien importa poco aparecer feo ó hermoso, nada más pensamos proponerle.

Pero esto es secundario para nuestro fin, el cual hemos cumplido llamando la atención sobre la eficacia de las inyecciones iodadas en las afecciones carbuncales, y agregando un caso confirmativo de ella á los muchos que ya se han publicado.

Villavieja, 5 de Diciembre de 1906.

## ESPLENECTOMÍA POR ENFERMEDAD DE BANTI

Por el Dr. R. del Castillo Ruiz

En el mes de Noviembre de 1904 se presentó en nuestra consulta Teodora F., de cuarenta y dos años de edad, casada, natural de Oropesa (Toledo). Ausencia absoluta y completa de historia patológica, habiendo disfrutado siempre una salud excelente. Su historia menstrual comienza á los diez y siete años, en que por primera vez vió el molimen catamenial de una manera perfectamente fisiológica, continuando en la misma forma los años consecutivos, hasta hace un año, en que sus reglas fueron en aumento, frecuencia y duración; en una palabra, se hizo menorreica. Su fecundidad ha sido grande, pues ha tenido 10 partos normales y 5 abortos, el último de éstos hace cinco meses y de aquéllos hace tres años, no habiendo tenido que lamentar trastorno alguno patológico en sus puerperios. Desde hace un año comenzó á sentir un malestar grande, laxitud general, desnutrición y pérdida del apetito, agregándose á esto una sensación dolorosa y de peso en la fosa ilíaca, vacío é hipocondrio izquierdos. En este estado tuvimos ocasión de explorar á nuestra historiada, en la que se apreciaba la presencia de una tumoración dura, desigual y abollonada, ligeramente dolorosa, que teniendo un límite inferior redondeado en la fosa ilíaca izquierda, se continuaba por el vacío é hipocondrio del mismo lado, escondiéndose debajo del reborde costal, donde tenía su límite superior y punto de inserción. El aparato sexual era completamente normal. El examen hematológico dió por resultado los siguientes datos: glóbulos rojos, 3.570.000, ligeramente deformados; hemoglobina, 0,65 por 100; leucocitos, 5.700; proporción de las distintas variedades de leucocitos por 100: polinucleares neutrófilos, 63; linfocitos, 25; mononucleares grandes, incluyendo las formas de transición, 11; eosinófilos, 1. El análisis de orina no demostró alteración alguna en su composición, que era normal, de reacción ácida y de una densidad de 1.019.

Desde luego los signos que se revelaban por la exploración nos indicaban que el tumor radicaba en el bazo; pero donde las dificultades surgían era en la clasificación nosológica del tumor.

La degeneración amiloídea se podía excluir basándose en la ausencia de datos etiológicos y en la integridad de todos los demás órganos.

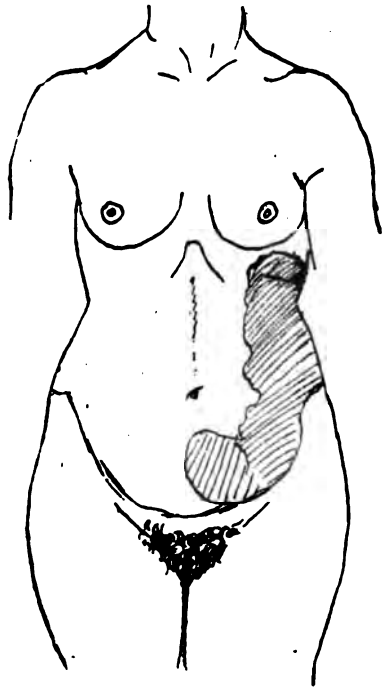
El examen hematológico desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo excluía el diagnóstico de leucemia y pseudo-leucemia.

La esplenomegalia con anemia y reacción mielogénica, descrita

en 1902 por Weil y Clerg (1), era descartada por el hecho de presentarse dicha afección acompañada de hipertrofia hepática y hallarse en la sangre gran cantidad de hematíes nucleados.

La ausencia de paludismo nos hacía no pensar en las hipermegalias maláricas.

Los signos recogidos en la exploración de nuestra enferma, así como los síntomas que ella acusaba, nos inducían á creer en un neoplasma maligno; y descartando el epitelioma, que rarísima vez



es primitivo, nos inclinamos al sarcoma, pues si bien el diagnóstico de estas neoplasias es muy inseguro, difícil y oscuro, sin embargo, el crecimiento relativamente rápido del tumor (doce meses), su desigualdad, deformación y abolladuras, unido al dolor que despertaba la exploración, eran suficientes datos para formular tal diagnóstico. Sin embargo, con el fin de esclarecerlo aconsejamos á la enferma la conveniencia de ser reconocida por otros cirujanos, y al efecto fué vista por tres distinguidos profesores de esta corte, los que emitieron los siguientes diagnósticos: tumor del mesocolon descen-

(1) Emile Weil y A. Clerg: *Sem. Méd.*, 1902, p. 373.

dente con adherencias al bazo, bazo ectópico hipertrófico, quiste hidatídico del bazo.

Conceptuando indicada la esplenectomía, aconsejada también por los otros profesores, y recabado nuestro concurso por la enferma para que la operásemos, el día 3 de Diciembre practicamos la intervención, siguiendo la técnica que á continuación se expresa. Anestesiada la enferma, y previos requisitos indispensables en toda laparotomía, se hizo una incisión que, partiendo un través de dedo por debajo del apéndice xifoides, terminaba en la cicatriz umbilical, introdujimos la mano en la cavidad abdominal y extrajimos un voluminoso bazo de forma irregular, abollonado, con un pedículo ancho y corto, formado por el ligamento freno-esplénico por arriba, el epiplon gastro-esplénico por dentro, y el esplenocólico (que en este caso existía) por debajo. Rodeado el campo operatorio de compresas de gasa esterilizada, entre dos pinzas seccionamos el pedículo freno-esplénico y el espleno-cólico, quedando entonces el bazo unido al organismo por el epiplon gastro-esplénico y espleno-pancreático; ambos fueron ligados aisladamente previo aplastamiento con el angiotribo de Doyen por medio de una ligadura en cadena, y el tumor fué extirpado; sustituímos por ligaduras las pinzas de los pedículos freno-esplénico y espleno-cólico; ligamos aisladamente la arteria y vena esplénica, que estaba enormemente dilatada, y suturamos la herida laparotómica siguiendo el método de Jonesco. Una hora duró la intervención, durante la cual la operada no perdió arriba de dos onzas de sangre. Se la trasladó á la cama, poniéndosele una inyección subcutánea de suero Hayem con el fin de combatir el ligero colapso en que se encontraba después de la intervención, con lo que reaccionó prontamente. La convalecencia fué excelente, y la dimos de alta á los veinte días de operada, completamente restablecida. Le aconsejamos que viniese á vernos pasados dos meses, para hacerle un examen hematológico.

El tumor extirpado tenía una forma piramidal de vértice superior y base inferior, uno de cuyos lados era recorrido por el pedículo, como asimismo su base; su superficie era desigual y abollonada, y el peso de 1.678 gramos.

El examen de los cortes del bazo al microscopio denunciaba una hiperplasia de los elementos propios del bazo y un espesamiento bastante considerable del retículo de los corpúsculos de Malpigio.

En el mes de Marzo de 1905 se nos presentó de nuevo nuestra operada, encontrándonos con un sujeto completamente distinto: la enferma había recobrado sus perdidas fuerzas y apetito, presentando el aspecto de una persona en la plenitud de su salud. El análisis de la sangre dió las siguientes cifras: glóbulos rojos, 3.167.785; glóbulos blancos, 13.917; cantidad de hemoglobina, 12,6 por 100; pro-

porción de leucocitos: polinucleares neutrófilos, 25,9; acidófilos, 0,2; basiófilos, 0,5; mononucleares claros, 4,5; linfocitos, 68,6; también existen hematíes nucleados.

Sometimos á la enferma á un tratamiento arsenical y la mandamos á su pueblo, recomendándole que, á los dos meses de este tratamiento, volviese para hacerle otro análisis de sangre, lo cual no logramos conseguir, por haber fallecido nuestro sujeto en el mes de Mayo del mismo año, á consecuencia de una fimia pulmonar de curso rápido, según diagnóstico del médico encargado de asistirla en su pueblo.

Tal es el caso, que, como verán nuestros lectores, se presta á consideraciones importantes de índole diagnóstica; pues la intervención y el examen anatomo-patológico é histológico del tumor, en vez de disipar dudas y esclarecer de una manera terminante el diagnóstico, vino á producir una mayor confusión, tirando por tierra todos los que se formularon como probables, y á dejarnos en un estado de incertidumbre tal, que formar un juicio post-operatorio definido era empresa poco menos que imposible, no sabiendo en qué grupo clasificar esta hipertrofia del bazo.

***

Analizando detenidamente los datos arrojados por el examen anatomo-patológico de la pieza, y reconstituyendo la historia de esta enferma, creemos que se trata de un caso que bien podría clasificarse de enfermedad de Banti en período preascítico. En efecto, el complexo sintomático descrito por Banti en 1894 (1) está caracterizado por enorme hipermegalia, anemia y atrofia hepática, afección de evolución lenta, en la que su autor describe tres períodos perfectamente caracterizados por la aparición sucesiva de nuevos síntomas que, viniendo á colocar al enfermo en condiciones de excesiva gravedad, completan el cuadro nosológico (2).

1.° *Período preascítico.*—El cuadro patológico se inicia por un aumento del bazo, que se desenvuelve de una manera lenta y silenciosa, llegando á adquirir un volumen muy considerable, conservando su forma primitiva y sus bordes redondeados. Su borde inferior rebasa el reborde costal tres ó cuatro traveses de dedo, llegando á veces hasta la fosa ilíaca, y su borde anterior puede llegar hasta la línea media y más allá; su superficie es lisa y no determina ningún dolor á la presión. Este aumento de volumen del bazo va seguido de fenómenos anémicos, caracterizados por debilidad, laxitud general,

(1) G. Banti: «La splénomégalie avec cirrhose du foie» (*Sem. Méd.*, 1894, pág. 316).
(2) «Splénomégalie mit Lebercirrhose» (*Beitr. zur. pathol. anat.*, etc., von E. Ziegler, 1898, tomo XXIV, pág. 21).

palidez en la piel y de las mucosas, fatigas, palpitaciones, etc. El apetito permanece normal, no existiendo nada patológico en el aparato digestivo. Los hematíes disminuyen en proporción con el grado de anemia existente, como asimismo la cantidad de hemoglobina. Los glóbulos blancos no sufren alteración ni en cantidad ni en calidad, permaneciendo normal su proporción. La orina no acusa alteración en su composición. En este período el hígado subsiste normal, sufriendo un ligero aumento hacia el final de esta etapa, que, según Banti, suele durar de cinco hasta once años, existiendo alternativas de mejorías, en las que el bazo permanece aumentado. Sigue á este período de una manera fatal, pues la curación no se efectúa en él, el

2.° *Ó estado intermediario*, en el que aparecen fenómenos disneicos, trastornos digestivos y hemorragias, preferentemente hematemesis, advirtiéndose al mismo tiempo disminución en la cantidad de la orina y aumento de la coloración, llegando á tomar un tinte rojizo. Los uratos están en mayor proporción, apareciendo urobilina y pigmentos biliares. En este período, cuya duración es de muchos meses, la piel y las mucosas toman un tinte ictérico.

3.° *Período ascítico.*—Existe en él acumulación de líquido libre en la cavidad peritoneal; líquido seroso de color amarillento, cuya densidad es de 1.011 á 1.012. El hígado se atrofia y el bazo permanece hipertrofiado. La secreción urinaria es mínima, conteniendo gran cantidad de uratos y urobilina; su densidad es de 1.030 á 1.035. Los síntomas de anemia se acentúan, la temperatura sufre elevaciones vespertinas, los glóbulos rojos y la cantidad de hemoglobina disminuyen, permaneciendo normal la cantidad de los leucocitos. De siete á ocho meses dura este período, cuyo final es la muerte.

Las alteraciones anatomopatológicas se encuentran reunidas en la cavidad peritoneal; están interesados el bazo, el hígado y los vasos de estas glándulas. El bazo está aumentado uniformemente, llegando á pesar 1.000 á 1.500 gr.; su superficie es lisa y su cápsula gruesa. El examen microscópico del barro esplénico en fresco denota la ausencia completa de hematíes nucleados. Las preparaciones endurecidas descubren un espesamiento bastante manifiesto del retículo de los corpúsculos de Malpigio, que empieza alrededor de la arteria central, donde es más pronunciado; el retículo de la pulpa presenta claramente gruesas fibras de aspecto hialino. Este espesamiento del retículo es tanto más manifiesto cuanto más antigua es la enfermedad, pudiendo llegar finalmente hasta la degeneración fibrosa completa en ciertos puntos del parénquima; en los islotes así modificados se ven fascículos paralelos de tejido conectivo fibroso formando bandas y orificios, en los que se encuentran muchas células; en medio de los fascículos se hallan gruesos nódulos ovales, pobres en cromatina. Las venas de la pulpa esplénica no presentan ectasias en

ninguna época de la evolución de la enfermedad, consistiendo las alteraciones dominantes en un espesamiento considerable tanto de los corpúsculos de Malpigio como de la misma pulpa esplénica; la estructura característica reticulada del tejido glandular se conserva (fibroadenia de Banti). El mecanismo íntimo del espesamiento de las fibras del retículo es oscuro, pudiendo interpretarse como una neoformación del tejido conectivo, en la que las células esplénicas no presentan otra alteración que la hiperplasia.

El hígado, que, con ligeras variantes, conserva su volumen normal en el primero y segundo período de esta afección, se atrofia en el ascítico, presentando todos los caracteres de la cirrosis atrófica de Laenec; la vena porta y sus ramificaciones encuéntranse dilatadas. Banti, que ha examinado detenidamente en todos los casos el estado de los vasos de la cavidad abdominal, ha encontrado en la vena esplénica y en la porta placas ateromatosas hacia su entrada en el parénquima del órgano, y esclerosis en la endovena, siendo estas alteraciones ya difusas, ora circunscritas y limitadas en el período de transición á las precitadas venas, en tanto que los brazos aferentes de la porta se conservan normales. En el período ascítico estas alteraciones sufren un aumento manifiesto.

A este cuadro descrito por Banti ha introducido notables modificaciones Senator (1), él que da cavida en esta entidad nosológica á todos los casos de anemia esplénica que evolucionan generalmente con ascitis, pero sin cirrosis pronunciada del hígado, estando en lo demás de acuerdo con lo expuesto por Banti. En efecto: en el caso contrario, sería preciso admitir la existencia de otra variedad de anemia y de esplenomegalia acompañada de ascitis, sin cirrosis.

Asimismo admite Senator, de acuerdo con Rinaldi (2), la necesidad de completar el cuadro clínico fijándose en la gran tendencia de estos enfermos á las hemorragias. Banti menciona epistaxis, y Senator las hematemesis, que son á menudo los primeros síntomas que llaman la atención de los enfermos, habiendo observado algunos casos de epistaxis, hematurias, hemoptisis, hemorragias bucales y púrpura. Cita un caso de hemorragia del cuerpo vítreo. La piel, según Senator, durante el curso de la enfermedad tiene un tinte excesivamente pálido, no existiendo ictericia ni la presencia constante de caracteres de cirrosis hepática en la orina, cuya cantidad y color varía poco del normal, admitiendo sólo una ligera palidez con ausencia de bilirrubina y urobilina, habiendo este autor observado solamente en un caso ligera cantidad de albúmina y cilindros hiali-

(1) H. Senator: Ueber anaemia splenica mit ascites. Bantische Krankheit. (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1901, núm. 46.)

(2) Rinaldi: *Centralbl. f. innere Medizin*, 1899, núm. 14.

nos. En lo que se refiere á las modificaciones hemáticas, Senator las conceptúa como características de esta enfermedad, que son suficientes para distinguir la afección que nos ocupa de la anemia simple y de la leucemia, sirviéndole de base á esta afirmación cuatro casos personales en los que notó una disminución más ó menos considerable en el número de hematíes é hipoleucocitosis, tanto en la proporción de las diferentes formas de leucocitos como en la disminución relativa de polinucleares neutrófilos; es decir, que existe una oligocithemia, oligocromemia y leuconhemia; en cuanto á las poiquilocitosis, aumento de hematoblastos y de eosinófilos, Senator lo conceptúa como inconstante y no característico. Cuando la enfermedad data de algún tiempo, la alcalinidad de la sangre es muy elevada.

Resumiendo, puede decirse que la enfermedad de Banti, según Senator, es una megalosplenia idiopática independiente de todo éxtasis, de neoformación, degeneración amiloídea, tuberculosis ó infección palúdica; sin embargo, en el curso de esta última afección se ha visto á veces desenvolverse signos semejantes á la enfermedad de Banti; la presencia de plasmodios alejará la duda del ánimo del clínico.

Los síntomas que presentaba nuestra enferma consistían en debilidad general, laxitud y megalosplenia. El bazo había llegado á adquirir un volumen considerable en el transcurso de doce meses, llegando á ocupar el hipocondrio, vacío y fosa ilíaca izquierda, en la cual la tumoración era más voluminosa y redondeada, hasta el extremo de hacer pensar á algún profesor, que no la reconoció detenidamente, en un tumor del ovario izquierdo. El análisis hematológico demostraba un estado anémico. El examen microscópico de los cortes acusaba una hiperplasia de los elementos propios del órgano, con espesamiento del retículo de los corpúsculos de Malpigio. La orina era normal en cantidad y calidad, y el resto de la economía no presentaba ninguna otra alteración patológica, exceptuando las menorragias que sufría, y, existiendo éstas en un aparato sexual completamente sano, bien pudiéramos interpretar este síntoma como dependiente de la predisposición que, según Banti y Senator, tienen estas enfermas á las hemorragias.

De lo anteriormente expuesto deducimos que nuestro caso entra de lleno en el cuadro clínico anteriormente descrito, pues exceptuando la deformación y desigualdades que tenía esta víscera y el dolor que producía la exploración, el resto de fenómenos que lo acompañaban eran idénticos al cuadro nosológico de Banti-Senator.

Respecto al tratamiento de esta afección, Banti conceptúa como único racional la extirpación del bazo, pues la terapéutica médica, tal como el empleo del iodo, hierro, arsénico, etc., da resultados muy dudosos, produciendo solamente alivios pasajeros.

Según Lang (1), que ha analizado la influencia que tiene la extirpación del bazo hipertrófico en esta afección, refiere 25 casos de esplenectomizados por anemia esplénica y enfermedad de Banti; en ocho casos la muerte sobrevino á los dos meses de la operación; siete casos curaron radicalmente, pero no dice cuánto tiempo llevan de operados. En dos casos la curación persistia después de tres años de la operación, y en otros dos después de veinte y veintiún meses. En cuanto á los casos restantes, son enfermos que no llevan arriba de un año de operados.

Recientemente, en un artículo publicado por Schiassi, de Bolonia (2), propone una nueva operación, la esplenocleisis, en sustitución de la ablación del bazo, que, con menor mortalidad operatoria, da excelentes resultados terapéuticos; pues siendo la enfermedad de Banti una hipermegalia primitiva con cirrosis hepática secundaria de causa esplenógena, la extirpación del bazo coloca á estos enfermos en condiciones abonadas á una insuficiencia hepática y á la fácil atrofia del hígado, y con la esplenocleisis se deja al bazo en condiciones ventajosas de circulación, pues estando unida esta enfermedad á un fenómeno biológico que intoxica la sangre que circula en el interior del bazo, puede bastar con disminuir la cantidad de sangre que circula en el interior de las lagunas esplénicas y hacer más rápida la circulación intraesplénica. Esto lo consigue la nueva intervención rodeando al bazo de gasa ligeramente iodofórmica, con lo que provoca el desenvolvimiento de una ancha cápsula conjuntiva que rodea al órgano hipertrofiado.

He aquí la técnica de la esplenocleisis:

Se traza paralelamente al reborde de las falsas costillas izquierdas, y á dos traveses de dedo por debajo de ellas, una incisión, que partiendo del epigastrio termina en el hipocondrio izquierdo al nivel del punto correspondiente á la prolongación de la línea axilar media. El plano músculo-aponeurótico y el peritoneo son seccionados en la misma extensión; se examina la consistencia, superficie y relaciones del bazo; la mano izquierda se insinúa por el polo inferior del órgano, introduciendo entre aquélla y éste una delgada lámina de gasa ligeramente iodofórmica, de forma que rodee toda la parte inferior del bazo; la misma maniobra se repite en la cara interna cóncava y en la externa convexa, rodeando completamente toda esta superficie con dos tiras de gasa hasta el ilio, y lo mismo en el polo superior; en una palabra, aislar completamente el bazo de la cavidad peritoneal por medio de gasas colocadas *in situ*, haciendo salir los cabos de éstas por las comisuras superior é inferior de la

(1) S. Grouzdev: L. c.
(2) La *Sem. Méd.*, 14 de Febrero de 1906, pág. 73.

DISPOSICIÓN, RELACIONES Y PEDÍCULO DEL BAZO DE NUESTRA OPERADA

(Semi-esquemático.)

UNIV. OF CALIFORNIA

BAZO HIPERMEGÁLICO VISTO POR LA CARA ANTERIOR

(Tomado del natural.)

herida parietal; finalmente, Schiassi no se contenta sólo con esto, sino que llega hasta practicar el raspado con cucharilla cortante de la superficie esplénica é incindir un pequeño trozo cuneiforme para llevarlo al microscopio, suturando después esta herida. Estas dos últimas maniobras las conceptuamos peligrosísimas, dada la fragilidad y vascularización del órgano; y á no ser porque su autor las describe y dice haberlas hecho, jamás hubiéramos creído fuesen practicables.

Cuando la enfermedad está en período ascítico con atrofia hepática, se combina la esplenocleisis con la omentopexia á fin de facilitar la circulación suplementaria y corregir la ascitis.

Para abreviar el restablecimiento hemático, se administra médula ósea en fresco.

Tal es la nueva operación, cuya fundamento es científico; y si en la práctica da los resultados que su autor pretende, indudablemente será un gran progreso el poder conseguir la curación definitiva de una afección tan grave cual la que nos ocupa, con una intervención más sencilla y menos grave que la esplenectomía. Hasta el presente son dos las enfermas operadas, en las que la fecha de la operación es relativamente reciente para poder establecer conclusiones definitivas. Esperemos á que el tiempo la sancione, y apuntémosla como nuevo y valioso esfuerzo en el tratamiento de estas afecciones.

Madrid, 4 de Septiembre de 1906.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## LA DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE LA TUBERCULOSIS

Por los Dres. Samuel Bernheim y Luis Dieupart
De París.

A pesar de la lucha incesante dirigida contra la tuberculosis, azote nacional y aun internacional, continúa cada año destruyendo número enorme de individuos, segados en la edad en que el capital humano representa su mayor valor presente y futuro. Los medios de combate (dispensarios, sanatorios, obras sociales) no han escatimado sus esfuerzos, y aun cuando han obtenido algunos éxitos, no han logrado todavía disminuir su propagación constante por el contagio, extinguiendo la irradiación mortal de los centros tuberculosos, fin hacia el que tienden las investigaciones y trabajos de médicos é higienistas.

Esta falta de éxito relativa es debida, á nuestro entender, á que hasta ahora se han preocupado más de tratar el organismo contaminado que de ponerle al abrigo del mal. El tuberculoso, entendiendo por tal á los afectos de tuberculosis abiertas, escupe en todas partes donde se halla, contamina el taller, la oficina, el domicilio privado, y desgraciados de los débiles, de los anémicos, de los debilitados, de los convalecientes; en una palabra, de todos los predispuestos que su mala estrella hace vivir en contacto con él. Los bacilos tan imprudente y generosamente sembrados penetran en los bronquios, infectarán la economía; y si la evolución de la enfermedad sufre algunas modificaciones, gracias á tratamientos apropiados, no por eso dejará de continuar su marcha fatal. El nuevo atacado se contaminará nuevamente cada día, por residir en lugar jamás desinfectado.

Mientras no se desinfecte obligatoria y rigurosamente todo lugar habitado por un tuberculoso que tose y escupe, la lucha contra la tuberculosis no será estéril, pero marchará muy lentamente hacia la victoria.

Por la admirable estadística de París hecha por M. Juillerat; por el trabajo de nuestro colega Jorge Petit, recientemente publicado, sobre los locales tuberculosos del XI distrito de esta ciudad, en concordancia perfecta con los resultados de M. Juillerat; por los datos que nos proporcionan los enfermos que acuden á nuestros dispensarios de la Obra de la Tuberculosis Humana, y cuyos domicilios nos son conocidos; por los que nos suministran los informadores de las

obras antituberculosas, que van á casa del enfermo y nos traen sus impresiones, pintándonos los tugurios sin aire y sin luz donde viven algunos de nuestros consultados, sabemos dónde están las casas mortales para los pobres, y lo que sería necesario hacer para que resultasen inofensivas, mostrándonos que sería preciso desinfectarlas ó modificar sus disposiciones interiores, ó, mejor aún, demoler las no susceptibles de ser mejoradas, eventualidad bastante rara, según afirma M. Andrés Lefèvre en reciente artículo; tenemos en la mano todos los medios prácticos de realizar estas reformas, y no podemos, sin embargo, hacer nada: la Ley lo niega.

Veces hay que conocemos locales donde sus habitantes sucesivos entran sanos, y allí se hacen y mueren tuberculosos. Estos son —dice M. Chauffard—verdaderos crímenes sociales, y la Ley no parece hacer nada para convertirlos en imposibles. No podemos ni hacerlos desinfectar á la fuerza, ni señalar por carteles el peligro.

Contra estos hechos deplorables, á los cuales asistimos impotentes, es necesario que tengamos el apoyo de la Ley. Hay ahí una laguna que es necesario llenar.

Es necesario que la desinfección de los locales tuberculizantes sea obligatoria por la Ley, y para que esto sea una realidad es preciso que la administración pública y privada sepan dónde están y se declare la enfermedad.

Tocamos con esto una cuestión, lo convenimos, muy compleja, muy delicada, muy combatida: la declaración obligatoria de la tuberculosis. Violación del secreto profesional, dice el uno; el destierro del tuberculoso de la sociedad, dice el otro.

En Francia tenemos por defecto, por cualidad, ó puede que por ambas cosas, la costumbre de anteponer siempre la cuestión de sentimentalismo cuando se trata de interés práctico. Nos pagamos demasiado de las palabras. Sembramos las ideas, dejando á los vecinos el cuidado de ponerlas en acción. Después, cuando vuelven con la estampilla extranjera, el snobismo se apodera de ellas y las pone á la moda. Hasta ahora, cada vez que se ha hablado de la declaración obligatoria de la tuberculosis, se ha tropezado con un sentimentalismo exagerado. Se han tenido en cuenta siempre los intereses particulares, perfectamente respetables, necesario es decirlo, pero que deben ceder el paso á los de la colectividad.

¿En qué estarían estos intereses particulares amenazados? Una desinfección mensual, por ejemplo, practicada sin que los encargados digan el por qué de su intervención; consejos útiles de higiene, modificación en la vivienda insalubre, no nos parecen molestias muy graves en su modo de vivir.

Además, el decreto del 10 de Febrero de 1903, en súplica de la ley sobre la protección de la salud pública del 15 de Febrero de

1902, ordena que 13 enfermedades deben declararse obligatoriamente, y percibimos mal la diferencia de medidas prescriptas contra éstas con las tomadas contra la tuberculosis. No serían ni más vejatorias ni más infamantes: esto es lo que hay que decir bien alto, para hacer aceptar sin demasiada resistencia las profilácticas contra la tuberculosis.

Nos permitiremos presentar, empleando el lenguaje curial, las piezas del proceso: de un lado están los adversarios convencidos de la declaración obligatoria; del otro, sus partidarios, preciso es decirlo inmediatamente, más numerosos y dando razones más sólidas.

En su nuevo referándum antituberculoso publicado en 1904 en la *Revista Internacional de la Tuberculosis*, nuestro colega Jorge Petit había planteado la siguiente pregunta:

¿Qué piensa usted de la declaración obligatoria de la tuberculosis?

No creo que un médico pueda entregarse á semejante violación del secreto profesional, al amparo de la ley, dice el Dr. Baudrand, de Montceau-les-Mines. El Dr. Lemaire la declara inicua é infame.

Los Dres. Cart, de París; Carlos Vidal, de Castres; Berchon, de Par Foveau, de Courmelles, temen que se haga del tuberculoso un paria, un desgraciado que, señalado con el dedo, se convertirá pronto en un revoltoso.

En la Academia de Medicina acaba de desarrollarse larga discusión sobre la materia, con motivo de una comunicación muy interesante de M. Alberto Robin sobre la mortalidad tuberculosa en Francia y Alemania, y la imposibilidad de establecer de modo absoluto estadística rigorosa de los fallecimientos debidos á la tuberculosis. Digamos de paso que M. Robin encuentra, contrariamente á la opinión casi unánime de los prácticos (que la tuberculosis, desconocida antes en los pueblos, aumenta por todas partes) que la cifra de 150.000 fallecimientos tuberculosos anuales, fijada aproximadamente por M. Brouardel, es manifiestamente exagerada, y sería necesario reducirla á 83.028.

Distinguidos oradores se sucedieron, en Febrero y Marzo, en la tribuna de la Academia, y todos estuvieron acordes en deplorar numerosas ocultaciones efectuadas en materia de tuberculosis, y que contra ella se imponía un solo remedio: la declaración obligatoria.

En el ejército, dice M. Kelch, donde la estadística dispone de todos los medios administrativos y científicos necesarios para llegar á sus fines, es incapaz de decirnos cuántos tuberculosos hay, lo mismo en los ejércitos extranjeros que en el nuestro. M. Cornil recuerda que en muchas ciudades es un empleado del Ayuntamiento, incompetente en medicina, el que forma las estadísticas mortuorias...

¿Sobre qué se basa? En habladurías del barrio y relatos de los enterradores.

Con mayor razón, la colectividad civil es incapaz de informarnos sobre su mortalidad tuberculosa. Hay muchos fallecimientos mencionados en la certificación como de causas desconocidas que son debidas á la tuberculosis, y cuántas veces, aun en nuestros hospitales de París, son certificados como muertos de bronquitis crónica tuberculosos agravados.

Desgraciadamente, la estadística de las causas de fallecimiento es internacional, y no podría ser modificada más que en la próxima conferencia de 1910, si nuestros recuerdos son exactos.

¿Hasta entonces debemos ignorar la cifra exacta de los fallecimientos debidos á tuberculosis? Muere cada año demasiada gente de esta enfermedad para hacerlo así. Si queremos conducir bien cualquier lucha del modo preciso para salir victoriosos, cuando menos es indispensable saber ante todo el número del adversario. Sólo con esta condición podremos marchar adelante y dirigir diestramente nuestros medios de defensa.

Sin esta exacta estadística podremos obtener éxitos ciertos, pero ciegos, á tientas, lo que causaría retardos perjudiciales.

La discusión, arrancando de cifras, toma en seguida amplitud digna del sujeto ardiente que preocupa con justo motivo á todos los médicos, á los poderes públicos y á la buena prensa. Cuando se propuso la declaración obligatoria de la tuberculosis al fallecimiento, partidarios y adversarios se entregaron á sabias controversias.

Veamos los argumentos de los adversarios, no sin decirles antes que han sido medio derrotados, puesto que la Academia, en su sesión del martes 5 de Junio, ha adoptado por unanimidad de votos los siguientes acuerdos, concernientes á la tuberculosis.

«La declaración de las enfermedades transmisibles, obligatoria para el médico, debe serlo igualmente para el propietario de la finca, el cabeza de familia, los jefes de colectividad y establecimientos.

»*Lucha contra la tuberculosis.*—El médico de cabecera indicará á los que rodean al enfermo, y al enfermo mismo, las medidas que deben tomarse para evitar el contagio. El ejercicio del derecho de declaración da el medio de ordenar la desinfección en caso de cambio de domicilio ó fallecimiento. Conviene, además, organizar la lucha contra la tuberculosis por una ley especial, que debería comprender, no solamente la transmisibilidad, sino también la insalubridad de los locales, el alcoholismo, etc.»

A la lista de las trece enfermedades de declaración obligatoria la Academia añadió la coqueluche, pero no osó, juzgando que los espíritus quizás no están todavía maduros, añadir la tuberculosis,

clasificada actualmente la primera de las enfermedades de declaración facultativa. Hay, sin embargo, en la resolución de la Academia, una indicación que parece invitar á los médicos á usar más y mejor que lo hacen de su facultad declarativa.

M. Laveran dice que la declaración obligatoria es vejatoria é inútil. Se tiende á ocultar la tuberculosis. La experiencia ha sido hecha: hace algunos años los médicos de la Beneficencia han escogido en cinco barrios de París cien tuberculosos, en cuyas casas el servicio municipal de desinfección ha organizado desinfecciones semanales.

Los enfermos mirados como apestados fueron expulsados, dice A. J. Martin, y no encontraron dónde alojarse, añade M. Josias.

M. Laveran es, sin embargo, partidario de la desinfección después del fallecimiento; si el local es pequeño, malsano, si el enfermo es sucio ó indolente, es necesario enviarle á un Sanatorio, sustrayendo á él y á su familia á su culpable negligencia. Para las clases acomodadas, ricas, instruídas, que saben obedecer á las prescripciones higiénicas, la desinfección es inútil.

M. Pinard protesta enérgicamente contra la violación del secreto profesional. La desinfección, después de fallecimiento por tuberculosis abierta, es imposible de realizar y sería insuficiente. Por tanto, ante la resistencia á no querer desinfectar, el médico tiene el derecho de imponer la desinfección; todo alcalde debe concederle este derecho, y el medio de ejecutarlo.

Es, en suma, bajo otra forma, el principio de la desinfección obligatoria.

M. Robin es partidario de la declaración después de la muerte, pero no durante la vida, porque se haría de los tuberculosos parias excluídos de la colectividad. Ningún patrón consentiría en conservarlos. Incurriría en los reproches de sus obreros. Ya los enfermos salidos de Augicourt han dirigido dos peticiones declarando que, marcados con señal indeleble, no pueden encontrar trabajo en ninguna parte.

A pesar de las reservas, M. Robin es también partidario de la declaración. Pero pide que se atienda á la suerte reservada á los tristes seres á quienes la ley privaría de todo medio de existencia.

M. Huchard siente que no se tenga en cuenta el secreto profesional, propiedad del médico y del cual ninguna ley humana puede ni debe desposeerle. M. Renon, citado por el orador, aun cuando dice que el tuberculoso es expulsado de todos los sitios como objeto de espanto, es, sin embargo, partidario de la declaración obligatoria.

Pero después del fallecimiento solamente será insuficiente y difícil de ejecutar. M. Huchard no ve más que un medio de llegar á combatir la tuberculosis: desaparición del alcoholismo y de las habi-

taciones insalubres. Como los oradores precedentes, pide, no obstante, la desinfección exigible de los locales contaminados por enfermedades transmisibles, sin designación especial de enfermedad.

Adversarios, prácticos y académicos no tienen más que dos argumentos que hacer valer contra esta proposición.

El secreto médico (artículo 378 del Código penal), del cual hemos sido siempre muy celosos. Sin embargo, hay casos en que la conciencia, hablando más alto que la ley, es la única que debe inspirar al médico. De otra parte, encontramos que no hay ley que permita evitar catástrofes ciertas. Cuando un sifilítico, á punto de casarse en pleno período de accidentes contagiosos, se niega á obedecer las objeciones del médico que le prohibe el casamiento, ¿el médico debe dejar cumplirse semejante crimen?

Casos hay en que la ley misma nos libra del secreto profesional (artículo 15 de la ley del 30 de Noviembre de 1892), ya que el médico está obligado á declarar á la autoridad las enfermedades epidémicas que figuren en la lista confeccionada según orden de la Academia de Medicina y del Comité consultivo de Higiene pública de Francia.

Nos explicamos mal el temor exagerado del secreto, tanto más cuanto que para enfermedades menos peligrosas estamos libres y pocos médicos piensan quejarse de ello.

Así el sarampión, indicado como enfermedad de declaración obligatoria, es la mayoría de las veces de gran benignidad, á tal punto que se llama al médico una vez ó no se le llama. Contra él, sin embargo, se han juzgado útiles las medidas de protección, coartando el principio del secreto profesional.

El interés superior de la salud del prójimo debe hacernos un poco menos intransigentes, en cuanto al secreto, en materia de tuberculosis. Bajo el pretexto del secreto profesional, dejar á una familia tuberculizarse en un tugurio infecto nos parece que constituye una mala acción. Por lo demás, los que hablan tan alto del secreto profesional llegarán fatalmente á violarle exigiendo la desinfección con rodeos. Sería necesario dar una razón del por qué proceder así.

En resumen: la ley, vistas las exigencias de los intereses de la colectividad; vista la obligación absoluta que arranca de los superiores y más nobles principios de impedir las devastaciones que engendran las enfermedades epidémicas, nos ha relevado ya del secreto profesional para trece de ellas; pedimos añadir á esta lista la tuberculosis, más temible aún que otras de las en ella incluídas.

Se dice que se hará del tuberculoso un paria. Creemos que se exagera mucho. Hace diez años la cosa hubiera sido justa. Ahora que se conoce mejor la enfermedad, que se sabe que es curable y evitable, el miedo que se tenía ha disminuído mucho. Sin duda exis-

tirán siempre fóbicos que se alejarán de sus parientes tuberculosos; pero es á nosotros los médicos á quienes corresponde hacerles comprender lo irracional de sus temores. Ved lo que pasa en nuestros dispensarios: el enfermo que acude creyéndose tuberculoso, si lo está hemos visto raras veces que su familia, por sus cercanías médicas, le aparte como á un apestado, puesto que sabe que si se cuida tomando ciertas precauciones puede curarse y ser inofensivo para los suyos.

Ciertamente que cuando se vea llegar con regularidad á los desinfectadores, los propietarios de las fincas se amedrentarán; y si el enfermo es comerciante, los parroquianos desertarán de su tienda. Para evitarlo sería posible proceder con más discreción que se hace ahora. El enorme coche especial de las estufas municipales denuncia demasiado claramente á los vecinos la presencia de un contagioso. ¿Pero es que la industria no puede inventar un aparato ligero, poco molesto, que el desinfector llevará en la espalda? En cuanto á la ropa, pues es necesario pensar en todo si se quiere obrar útilmente, debe ser también desinfectada; ya hemos demostrado anteriormente que era peligroso, y no vemos la diferencia que habrá para el vecindario entre que sea llevada por la lavandera ó por el empleado de las estufas, ni á la administración hacerlo lo más reservadamente posible.

Hay en ello una cuestión de educación pública á hacer, aunque debamos decir que ya ha sido comenzada en gran parte. La higiene penetra por todos los lugares, y raros son los recalcitrantes que quieren escapar de sus exigencias. Tenemos como ejemplo el éxito de los aparatos de limpieza por el vacío; objetos, al principio, de la curiosidad de los holgazanes, apenas si se les presta atención ahora. Obremos, y el tiempo hará lo demás.

Cuando se instala un dispensario antituberculoso en una tienda, los vecinos comienzan por protestar. Al cabo de un mes no piensan en ello. Ya no tienen miedo; han llegado á hacerse, higiénicamente hablando, gentes limpias.

Creemos haber demostrado suficientemente la falta de valor de las objeciones presentadas contra la declaración obligatoria de la tuberculosis; vamos á decir ahora algunas palabras sobre las razones dadas por los partidarios combatiendo á sus adversarios.

M. H. Benjamin comprueba con sentimiento que los animales están mejor alojados á veces que los seres humanos, y que muy severas leyes de policía sanitaria obligan con penas graves á declaraciones obligatorias, protegiendo mejor á la especie animal que á la humana. Sin duda se han calificado estas leyes de vejatorias, pero con ellas se ha librado á las especies de los azotes que las diezmaban y se han conservado capitales enormes.

Cuando en 1903 la Academia hizo la lista de enfermedades de declaración obligatoria, deploró que la tuberculosis no fuera inscripta en ella. Para marcar la transición y preparar un porvenir con mejoras del estado actual, se la puso la primera de las de declaración facultativa.

«La exclusión de la tuberculosis—decía M. Josias—es tanto más sensible cuanto que, en las medidas dictadas por la ley, es en las que los que rodean á los tuberculosos pobres podrían encontrar protección eficaz. La clase acomodada puede actualmente defenderse contra la tuberculosis, en tanto que la pobre no puede hacerlo más que si la ley y la acción pública vienen en su socorro.

»Dudamos en declarar la tuberculosis obligatoria, cuando sería el mejor medio de combatir el contagio y de limitar sus continuas devastaciones.»

A continuación de estas largas discusiones, el Dr. Netter ha presentado el 5 de Junio de 1906 á esta Sociedad cierto número de proposiciones, que han sido totalmente aceptadas. He aquí su resumen:

«La estadística de las causas de fallecimiento sólo puede ofrecer garantías de exactitud cuando las declaraciones son hechas por los médicos que trataron á los enfermos. Estas declaraciones no pueden ser impuestas más que cuando se hayan tomado medidas para asegurar el secreto médico.

»Las condiciones de desenvolvimiento y evolución de la tuberculosis son tan diferentes de la de las otras enfermedades transmisibles, que no bastaría para combatirlas contentarse con las medidas dictadas por la ley de 15 de Febrero de 1902; hay que organizar la lucha por una ley especial.»

La Academia, refiriéndose á su voto de 20 de Junio de 1905, llamó la atención de los Poderes públicos sobre la necesidad de hacer funcionar los servicios de desinfección previstos por la ley de 15 de Febrero de 1902.

La declaración facultativa no ha dado nada hasta ahora. No tiene razón de ser si la ley no la reconoce. «Es—dice M. Vallin—una mala fórmula que no ha dado ningún resultado útil.»

El derecho á ordenar la desinfección, pedido por M. Pinard, está concedido al médico, que, por lo demás, no se ha servido de él.

Y esto se comprende en la actualidad; el público sabe que el médico es libre de declararla ó no. Celoso, ante todo, de librar su existencia de molestias, dejará al médico declarador para tomar otro más discreto; pero si sabe que el médico está obligado á la declaración y que todos obrarán lo mismo, tendrá que conformarse á la fuerza.

En el Congreso de la Tuberculosis de 1905 se ha expresado el

deseo de que la declaración de la tuberculosis abierta fuera generalizada.

Acordémonos de lo que han hecho en la Habana los americanos para la fiebre amarilla. Han tomado medidas draconianas, aceptadas, puede ser, con alguna resistencia; pero han librado á la isla de esta terrible enfermedad.

En algunos Estados de la América del Norte, la prohibición de escupir en el suelo es legal.

Se puede, pues, anteponer los intereses colectivos sobre estos particulares.

También contra la vacunación obligatoria se hicieron los mismos argumentos: derechos, principios, sentimientos, imposibilidad de aplicación, y, sin embargo, ha entrado ya en la práctica.

Todas las objeciones contra esta declaración son, pues, rechazables por la experiencia misma de las medidas tomadas en otras partes para combatir otras plagas.

Se dice todavía que habría demasiadas desinfecciones que practicar; la función creará el órgano. El dinero gastado para impedir á 12.000 parisienses morir tuberculosos será dinero bien colocado.

Ya en 1904, el Dr. Holmboë, director del servicio médico civil de Cristianía, había dicho que sólo esta declaración obligatoria podía hacer observar las precauciones higiénicas.

En Noruega, la ley de 8 de Mayo de 1900 obliga ú ordena á los médicos á declarar al presidente del Comité de salud pública, siempre médico, las enfermedades complicadas con secreciones contagiosas. En 1901 se han declarado 10.944 casos de tuberculosis; de ellas, 10.086 pulmonares. Todas no fueron señaladas en el primer año de aplicación de la ley. Por tanto, se deduce claramente que la fobia tuberculosa ha disminuído considerablemente, y que cuando la vigilancia higiénica es ejercida de manera considerada, la ley no tiene nada de inhumana.

El Dr. Félix Putzeys, profesor de higiene de la Universidad de Lieja, sostiene muy vivamente el principio de la declaración obligatoria presentado en sesión del 4 de Mayo de 1903 por el profesor Frankal, y nos hace un resumen de las disposiciones legales adoptadas sobre este sujeto en algunos países.

En New-York, el reglamento de 16 de Febrero de 1898 hace deber de todo médico notificar á la oficina sanitaria todo caso de tuberculosis pulmonar.

En Berlín, una orden gubernativa del 8 de Diciembre de 1890 les prescribe declarar en las veinticuatro horas todo caso de tuberculosis (pulmonar, laríngea, intestinal). La desinfección es obligatoria. Se debe advertir que este aviso no ha debido ser muy bien observado, pues ha sido recordado al Cuerpo médico en 1901.

En Dusseldorf, un bando del 25 de Marzo de 1891 da las mismas obligaciones. En el distrito de Arnsberg, todo fallecimiento por tuberculosis debe ser declarado en las veinticuatro horas. En el ducado de Baden, el distrito de Wiesbaden, en Sajonia Altemburgo, existen medidas análogas.

En Francfort S. Mein, un bando del 3 de Junio de 1900 ha hecho la declaración obligatoria.

En Treves, en el reino de Sajonia, hay medidas poco más ó menos idénticas.

En Italia (Reglamento del 3 de Febrero de 1901) se debe declarar todo caso de tuberculosis pulmonar en las colectividades; las lecherías, vaquerías y todos los sitios donde hay fallecimiento ó cambio de domicilio; la desinfección es obligatoria.

Un Real decreto del 31 de Octubre de 1901 prescribe en España la declaración de la tuberculosis.

En Australia (Quensland), la ley sanitaria del 20 de Noviembre de 1901 impone la declaración de todo fallecimiento por tisis.

En Portugal, el Real decreto del 30 de Agosto de 1902 ordena al médico señalar todo tuberculoso; la desinfección es obligatoria. Si el enfermo no quiere tomar precauciones, la autoridad sanitaria interviene. Si trabaja en un taller, se le puede impedir continuar trabajando en él.

En Suiza, cantón de los Grisones, en Austria-Hungría, en Río Janeiro, hay casi idénticas medidas. Aquí se declara durante la enfermedad; allí solamente después del fallecimiento; pero la ley interviene de alguna manera con eficacia real en la intervención, puesto que en todas partes á la declaración sigue la desinfección.

En Inglaterra la declaración es facultativa y se hace de acuerdo con el interesado principal; pero, teniendo la raza inglesa gran cuidado de la higiene, este sistema funciona de manera notable.

*Conclusiones.* — ¿Qué conclusiones podemos sacar de este estudio?

Nos parece inútil insistir sobre la gravedad de la tuberculosis y sobre las muertes que causa. Ella sola figura con $^1/_4$ ó el $^1/_5$ de la mortalidad terrestre. Merece, por lo menos, tanta vigilancia como varias enfermedades reunidas. Se han tomado medidas enérgicas contra el sarampión, el sudor miliar, las parótidas y la coqueluche, enfermedades todas de declaración obligatoria, y se duda todavía en instituir el solo método profiláctico eficaz que más permitirá tener á raya la extensión del temible azote.

En la última Conferencia internacional de la tuberculosis (La Haya, 1906), ha sido nombrada una Comisión de estudio para presentar un trabajo definitivo sobre la declaración obligatoria de la tuberculosis.

En la Academia de Medicina de París el narrador (*raporteur*) de la Comisión encargada de esta cuestión, se ha pronunciado por la declaración facultativa, y por su voto releva al médico del secreto profesional; ó una ú otra cosa. O la declaración es útil ó es superflua. Si presta buenos servicios, debe ser obligatoria y no facultativa. En la lucha con tan temible enemigo, no es preciso sentimentalismo; es necesario ser franco, enérgico, y tener valor suficiente de su propia opinión. Medidas á medias son malas medidas.

Se puede, pues, sin trastornar la humanidad, declarar obligatoriamente la tuberculosis. Varios países lo hacen, y se encuentran bien. Es necesario esperar que un día la educación pública será bastante para que en Francia y fuera de ella se acepte sin resistencia este principio de buena salvaguardia.

Por último: pensamos que la declaración obligatoria debe ser siempre hecha después de la muerte y de toda mudanza, cualquiera que sea la clase de tuberculosis.

Durante la vida, á nuestro juicio, la declaración no debe comprender más que la tuberculosis abierta, en la cual el paciente expectora bacilos. Nos parece inútil complicar la cuestión comprendiendo todas las tuberculosis, óseas, ganglionares, cutáneas, que para el vecindario no presentan ningún peligro, sobrentendiéndose que toda declaración lleva tras sí la desinfección discreta, pero real.

Creemos haber logrado demostrar que la declaración obligatoria no tiene nada de imposible para ser realizada. Todo el mundo cree que deben tomarse medidas sanitarias contra la tuberculosis: ésta constituye una de las más enérgicas.

Se han hecho contra ellas objeciones poco basadas y más sentimentales que razonables. Seríamos dichosos si nuestra refutación hubiera servido para no establecer la exageración mal fundada.

---

## LA SEMEYÓTICA PUPILAR EN NEUROPATOLOGÍA

Por el Dr. E. Fernández Sanz

Médico numerario del Hospital de la Princesa, por oposición; Médico numerario de la Beneficencia municipal, por oposición; Médico director habilitado de Aguas minerales, por oposición.

(CONCLUSIÓN)

Los trastornos pupilares de las psicosis son, según indiqué al comienzo de este capítulo, de conocimiento muy reciente y todavía muy imperfecto; se ha estudiado especialmente la condición de la pupila en la demencia precoz y en ciertas psicosis tóxicas, en los alcohólicos especialmente, habiéndose acumulado ya un valioso caudal de datos experimentales acerca de este asunto.

Comenzaré por hacer una rápida exposición de los caracteres generales de la pupila en los *síndromes psicopáticos*, considerando como tales los estados maníacos, los melancólicos, los de confusión mental y los demenciales, y describiré después los síntomas pupilares de las diversas psicopatías, individualmente consideradas. Como de la parálisis general he tratado ya en el capítulo de las neuropatías orgánicas, esta última parte de mi trabajo se referirá casi exclusivamente á las psicosis tóxicas y á la demencia precoz.

*Estados maníacos.* — Carecen de síntomas pupilares propios, y no porque no dejen de observarse, sino porque son muy diversos y dependen de la enfermedad que ha dado lugar á la manía. Así, en la manía histérica, en la epiléptica, en la alcohólica, en los episodios maníacos de la parálisis general, se encuentran los trastornos de la pupila peculiares de cada una de estas afecciones. En los accesos maníacos de la locura maníaca depresiva suele observarse desigualdad pupilar, pero sin que este fenómeno sea resultado directo del estado maníaco, sino que debe considerarse como un estigma de degeneración, en armonía con las condiciones del paciente. Lo único concreto que acerca del estado de la pupila en la manía en general puede decirse es que en ella, como en todos los intensos trastornos anímicos afectivos, es frecuente la midriasis con pereza de las reacciones, expresión de la exaltada excitabilidad cortical.

*Estados melancólicos.* — Puede aplicarse á ellos todo lo dicho á propósito de los estados maníacos; en la melancolía parece ser más frecuente que en la manía la dilatación y paresia pupilar, y en la forma llamada estuporosa estos trastornos se presentan con su intensidad máxima.

*Estados de confusión mental.*—No son constantes ni uniformes en estos estados los síntomas pupilares; los más frecuentes son la dilatación y la pereza de las reacciones, sobre todo marcadas en la forma denominada estúpida, como en los estados melancólicos.

*Estados demenciales.*—Las tres demencias más importantes son: la precoz, la senil y la paralítica; de esta última ya me he ocupado en el capítulo anterior, y de las dos primeras trataré más adelante por separado. En general, sólo puede decirse que la pupila en estos estados se muestra poco movible, estando disminuído sobre todo el reflejo psico-sensitivo, con atenuación ó abolición de la *Pupillenunruhe;* son frecuentes también las alteraciones extremas del diámetro pupilar, midriasis y miosis permanentes.

*Psicosis tóxicas.—Alcoholismo.*—Es tan grande el número de los trastornos psíquicos alcohólicos y tan variados sus aspectos clínicos, que está plenamente justificado el interés con que en la actualidad se estudia el estado de las pupilas en el alcoholismo, consa-

grando á este asunto detenidas observaciones y minuciosos trabajos experimentales.

En el alcoholismo agudo puro y normal, en el que acaece en un individuo no habituado, desarrollándose con los caracteres que pudieran llamarse fisiológicos de la intoxicación alcohólica, no se observa alteración alguna de la pupila, pero sí las hay en la embriaguez patológica, apreciándose en ésta pereza de las reacciones pupilares. (Cramer: *Ueber die forensische Bedeutung des normalen und pathologischen Rausches; Monastschrift für Psychiatrie, Bd. XII, 1903,* cit. por Bumke.)

En el alcoholismo crónico también existen trastornos pupilares, siendo el más frecuente la paresia de todas las reacciones del iris, y más rara vez la rigidez absoluta (Bumke: op. cit.). Esta paresia ó parálisis irídea es debida unas veces á alteraciones del nervio óptico, á la ambliopía alcohólica, debiendo considerarse como expresión de una *Reflextaubheit,* mientras que en otras ocasiones es resultado de las lesiones del miembro centrífugo del arco reflejo, ya radiquen en el núcleo, en el tronco ó en las ramas del óculo-motor, asociándose entonces frecuentemente con otras parálisis oculares intrínsecas y extrínsecas, y mereciendo la denominación de oftalmoplegia interna parcial.

Acerca de la patogenia de las parálisis oculares alcohólicas, tanto internas como externas, supone Raimann en un trabajo muy concienzudo (*Zur Lehre von der alkoholischen Augenmuskellähmung. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*, 1901) que son de origen central, determinadas por lesiones del núcleo del óculo-motor, del tipo de las de la polioencefalitis superior hemorrágica de Wernicke, pues consisten en la dilatación vascular, congestión, focos de trombosis, hemorragias microscópicas y macroscópicas, con algo de edema de la sustancia gris, todo ello localizado en la región del núcleo mencionado y en su inmediata vecindad. Bumke considera esta opinión demasiado exclusiva, objetando que en algunas autopsias de alcohólicos se han encontrado esas lesiones en el pedúnculo cerebral, sin que hubieran existido en vida parálisis oculares, y viceversa: en otros casos se han observado éstas, viéndose en la autopsia que faltaban las lesiones citadas.

Se han publicado algunos casos de rigidez pupilar refleja en alcohólicos; pero son todos ellos de interpretación muy dudosa, no exentos de serias objeciones, y susceptibles de explicaciones diversas: en la mayor parte de ellos se trataba de un fenómeno transitorio.

Vogt (*Berliner Klinische Wochenschrift,* 20 Marzo 1905) ha hecho interesantes experimentos sobre la influencia del alcohol en las reacciones pupilares en individuos psíquicamente anormales. Mien-

tras que en los sujetos normales el alcohol no modifica los movimientos del iris, en los idiotas y degenerados la ingestión de 40 centímetros cúbicos de ron en un litro de agua da lugar á una pereza de dichos movimientos. De aquí deduce Vogt que para producir el alcohol una perturbación de los reflejos pupilares, ha de obrar sobre un sistema nervioso previamente alterado; y así se explica que en el alcoholismo crónico sean frecuentes las modificaciones pupilares, pues están los centros nerviosos profundamente alterados por la absorción prolongada del alcohol.

*Morfinismo.*—Conocida es la acción miósica del opio y de la morfina, citándose en todos los Tratados de Terapéutica, de Patología médica y de Medicina legal la estrechez pupilar como uno de los síntomas más constantes y característicos del envenenamiento, tanto agudo como crónico, por estas sustancias. Sin embargo, ya Tardieu (*Etude médico-legal et clinique sur les empoisonnements*, París, 1875) indicó que, en algunos casos de intoxicación sobreaguda, se observa midriasis en lugar de la miosis habitual.

La miosis del envenenamiento agudo es, desde luego, transitoria, aunque más persistente que los demás síntomas; la del envenenamiento crónico, la del morfinismo propiamente dicho, es permanente y puede, en cierto modo, ser un indicador del grado de saturación del organismo por el agente tóxico, y de los progresos de la curación cuando se establece el tratamiento apropiado. La miosis morfínica se acompaña de lentitud y disminución de las reacciones pupilares, estando tanto más acentuadas esas alteraciones, cuanto mayor es aquélla. Inversamente, cuando aparecen fenómenos de abstinencia, la pupila está midriásica y con reacciones muy vivas. (Bumke, op. cit.).

*Demencia senil.*—Los síntomas pupilares son los propios de la vejez fisiológica y los de los estados demenciales aumentados en su intensidad por su mutua combinación. Así como los síntomas mentales de esta forma de demencia son la exageración de los fenómenos que normalmente acompañan á la involución senil, así también sus signos físicos, y entre ellos los trastornos pupilares, son los propios de la vejez, aumentados y agravados. Obsérvase, pues, en este grupo de psicosis, la miosis, la pereza de las reacciones pupilares, y, como en todos los estados demenciales, la disminución ó falta del reflejo psico-sensitivo y de la *Pupillenunruhe*. Si además de las lesiones difusas, propias de este proceso, existen otras especialmente localizadas en el miembro centrípeto del arco del reflejo luminoso ó en los pedúnculos cerebrales, en el territorio del núcleo del óculomotor se observarán alteraciones pupilares, correspondientes en el primer caso á la *Reflextaubheit*, y en el segundo á la oftalmoplegia interna.

*Demencia precoz.*—Bajo este nombre agrúpanse actualmente diversas formas psicopáticas, algunas de ellas bastante diferentes en sus manifestaciones clínicas, aunque enlazadas, según la doctrina de Kraepelin, por la comunidad de los síntomas fundamentales.

En líneas generales, y bajo el punto de vista que inspira á este trabajo, pueden repartirse las psicosis exploradas en el concepto de demencia precoz en dos grandes grupos, incluyendo en uno las que presentan síntomas físicos numerosos é importantes y en el otro aquellos en que los trastornos mentales son los exclusivos, ó por lo menos los dominantes en el cuadro clínico. Al primer grupo corresponde la catatonia y al segundo la demencia paranoide. En toda demencia precoz la frecuencia y la importancia de las alteraciones pupilares son paralelas á las de los demás síntomas físicos; por eso se observan, sobre todo en las formas catatónicas, y á éstas se referirán especialmente las consideraciones que á continuación expongo.

Según Kraepelin (*Psychiatrie*, 7.ª edic. Liepzig, 1904), se observa frecuentemente en los dementes precoces la dilatación pupilar, sobre todo en los estados de excitación, observándose también ocasionalmente anisocoria á veces oscilante, es decir, con variación en las dimensiones comparadas de ambas pupilas; le parece dudosa la existencia de alteraciones de las reacciones pupilares, y no considerando libres de reparos las investigaciones hechas, no se atreve á emitir una opinión definida sobre este punto.

Bumke (op. cit. y *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1903) ha estudiado los caracteres de los movimientos del iris en estos enfermos, llegando á las conclusiones siguientes: la pupila está en general más dilatada que en los individuos normales, observándose algunas veces que el diámetro de aquélla varía mucho de un día á otro; la anisocoria la ha observado sola rara vez. El reflejo luminoso parece que se conserva con sus caracteres normales; solamente ha visto en algunos catatónicos una brusca contracción y dilatación de la pupila por la acción de la luz, más rápida de lo que ocurre en estado fisiológico. La reacción de acomodación-convergencia no está alterada, pero el fenómeno de Westphal-Piltz se muestra frecuentemente con anormal claridad. El más importante trastorno pupilar de la demencia precoz, el más característico, es para Bumke la abolición del reflejo psico-sensitivo y de la *Pupillenunruhe*; esta abolición es la regla en los casos con déficit mental pronunciado, y en los estados catatónicos, en los cuales puede ser un signo precoz que anuncie la aparición de los otros síntomas; en los casos leves puede persistir, aunque atenuada, la reacción pupilar por las excitaciones sensitivas, faltando el reflejo psíquico y la *Pupillenunruhe*. El mismo fenómeno se observa en algunos estados epilépticos, histéricos y melancólicos, pero se distinguen porque en estos casos el reflejo lumi-

noso está también algo disminuído. Según el mismo autor, los trastornos pupilares en la imbecilidad son muy parecidos á los de la demencia precoz, pero en aquélla el reflejo sensitivo rara vez falta, y, además, las pupilas no están tan dilatadas como en los catatónicos.

Recientemente ha examinado Blin (*Revue Neurologique,* Febrero 1906) los caracteres de la pupila en los dementes precoces, sometiendo á ochenta y siete enfermos á detenidas investigaciones, repetidas varias veces en cada sujeto durante tres meses. Divide los trastornos pupilares observados en dos grupos: unos variables y otros constantes; entre los primeros menciona la midriasis (20 por 100), la miosis (7 por 100) y la anisocoria (19 por 100); la debilitación y la abolición de las reacciones luminosas y de acomodación-convergencia son verdaderas rarezas (5 por 100). Entre los síntomas del segundo grupo, considera Blin como el más importante el signo de Argyll-Robertson, que se observa, según él, en un 13,8 por 100 de los casos, y con carácter permanente; esta abolición del reflejo luminoso puede presentarse brusca ó gradualmente; pero una vez establecida, persiste definitivamente. Esta opinión de Blin, tan concluyente y en tan abierta contradicción con lo que hasta hoy se conoce de los signos pupilares de la demencia precoz, por un lado y por otro tan en pugna con el concepto actual del signo de Argyll-Robertson y con el valor diagnóstico que se le atribuye, debe ser rigurosamente comprobada y detenidamente discutida antes de ser aceptada.

*Locura maníaca depresiva.*—Constituída por la sucesión uniforme ó alternada de episodios maníacos y melancólicos, los síntomas pupilares que en los paroxismos se observan son los propios de aquellos estados ya descritos anteriormente; además, por estar estos enfermos psíquicamente mal equilibrados, suelen presentar, en los períodos intercalares, los signos pupilares del neurosismo, dilatación de la pupila y excesiva viveza de sus reacciones. (Acerca del estado de la pupila en las psicosis periódicas, consúltese el trabajo de Albrand, *Ueber wechselnde Pupillenweiten bei Geisteskranken. Wiener Klinische Rundschau,* 18 Febrero 1906.)

## BIBLIOGRAFÍA

La obra de Bumke, *Pupillenstörungen bei Geistes und Nervenkrankheiten,* Jena, 1904, contiene una completísima Bibliografía que alcanza hasta 1904; aquí no mencionaré más que los trabajos de que tengo noticia posteriores á dicha obra, así como algunos españoles, franceses é ingleses anteriores á la misma, pero no citados en ella.

1) Abelsdorff y Feilchenfeld: *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane.* Bd. 34, 1904.

2) Albrand: *Wiener Klinische Rundschau.* 18 Febrero 1906.

3) Allen Starr: *Journal of nervous and mental Diseases*. XV, 1888.

4) Allen Starr: *Organic Nervous Diseases*. Londres, 1904.

5) Arroyo de Márquez (Sra.): *Músculos intrínsecos del ojo en estado normal y patológico. Acción de los medicamentos*. Tesis de Madrid, 1896.

6) Axenfeld: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, núm. 17, 1906.

7) Bach: *Neurologisches Centralblatt*, núm. 15, 1905.

8) Bach y Meyer: *Graefe's Archiv für Ophtalmologie*. Bd. LIX, H. 2, 1904.

9) Bartels: *Zeitschrift für Augenheilkunde*. Bd. XI, XII, 1904.

10) Biswanger: *Die Hysterie*, in *Nothnagel's Spezielle Pathologie und Therapie*. 2.ª ed. Viena, 1904.

11) Blin: *Revue neurologique*. Febrero 1906.

12) Boudinski: *De l'inégalité pupillaire chez les aortiques*. Tesis de París, 1903.

13) Bumke: *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane*. Bd. 36, 1904.

14) Bumke: *Münchener Medizinische Wochenschrift*. 17 Abril 1906.

15) Caspar: *Archiv für Augenheilkunde*. Bd. LIV, H. 1, 1906.

16) Castillo Quartiellers: *Examen funcional del iris como elemento de diagnóstico*. Madrid, 1900.

17) Chauffard y Laederich: *Archives générales de Médecine*. Marzo 1905.

18) Cruchet: *Revue neurologique*, p. 1147, 1904.

19) Donath: *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*. XVI, 1904.

20) Dreyfus: *Münchener Medizinische Wochenschrift*. 20 Febrero 1906.

21) Dufour: *Société médicale des Hôpitaux*. 4 Febrero 1904.

22) Dupuy Dutemps: *Annales d'occulistique*. Septiembre 1905.

23) Dutil y Laubry: art. *Hysterie* in *Traité de Médecine de Bouchard y Brissaud*. París, 1905.

24) Ferrier: *Lancet*, núm. 4311, 1906.

25) Friedlander y Kempner: *Neurologisches Centralblatt*, núm. 23, 1904.

26) Heddaeus: *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1905.

27) Holden: *Medical News*, núm. 1646, 1904.

28) Hübner: *Archiv für Psychiatrie*. XLI, 3, 1906.

29) Jocqs: XV session du Congrès français des médecins alienistes et neurologistes. Rennes, 1905.

30) Jocqs: *Archives de neurologie*. Septiembre 1905.

31) Kerfoot Shute: *Medical News*, núm. 1646, 1904.

32) Kraepelin: *Psychiatrie*, 7.ª ed. Leipzig, 1904.

33) Lagrange: *Précis d'Ophtalmologie*. París, 1897.

34) Ledroit: *Les inégalités pupillaires dans les pleuresies avec epanchement*. Tesis de París, 1906.

35) Levinsohn: *Graefe's Archiv für Ophtalmologie*. Bd. LIX, H. 2, 1904.

36) Levinsohn: *Archiv für Anatomie und Physiologie*. Physiol. Abteil, V-VI, 1904.

37) Leyden y Golscheider: *Die Erkrankungen der Medulla Oblongata.* 2.ª ed. Viena, 1905.

38) Marandon de Montyel: *Archives de Neurologie*, núm. 114, 1905.

39) Marina: *Il Morgagni*, núm. 11, 1905.

40) Márquez: *Contribución al estudio comparativo de los efectos de algunos medicamentos midriásicos.* Madrid, 1903.

41) Meltzer: *American Journal of Physiology.* XI, 1904.

42) Müller: *Die multiple Sklerose des Gehirns und Ruckenmarks*, Jena, 1904.

43) Murray: *Lancet*, núm. 4289, 1905.

44) Nance: *Medical Standard.* Enero 1904.

45) Ormond: *Lancet*, núm. 4307, 1906.

46) Piltz: *Neurologisches Centralblatt*, núm. 17, 1904.

47) Ramón y Cajal: *Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados.* Madrid, 1904.

48) Reichardt: *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.* Bd. XXV, 5 H, 1904.

49) Roch: *Revue médicale de la Suisse Romande*, núm. 2, 1905.

50) Roemheld: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, núm. 46, 1904.

51) Schlesinger: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, núm. 28, 1906.

52) Schweinitz: *Journal of the American Medical Assoc.* XLII, 1904.

53) Souques: *Société Médicale des Hôpitaux.* 23 Mayo 1902.

54) Spiller: *Philadelphia Médical Journal.* 2 Mayo 1903.

55) Stefani: *Archives ital. de Biologie.* XLI, 1904.

56) Tardieu: *Etude médico-legal et clinique sur les empoisonnements.* París, 1875.

57) Tolouse: XIII session du Congrès français des Médecins alienistes et neurologistes. Bruselas, 1903.

58) Vennemann: art. *Tractus uveal* in *Encyclopedie française d'Ophtalmologie de Lagrange y Valude.* París, 1903.

59) Vennemann: *Semaine médicale*, núm. 2, 1906.

60) Vogt: *Berliner Klinische Wochenschrift.* 20 Marzo 1905.

61) Volhard: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, núm. 37, 1904.

62) Weiler: *Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie.* Munich, Abril 1906.

63) Wiessinger: *Berliner Ophtalm. Gesellschaft*, sesión del 17 de Noviembre de 1904.

64) Wolff: *Zeitschrift für Augenheilkunde.* XII, H. 5, 1904.

65) Wolff: *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane.* Bd. 36, 1904.

# CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA

POR D. RAFAEL GARCÍA DE ARIAS
Del Instituto Rubio.

(CONCLUSIÓN)

## Capítulo II

### ANATOMÍA PATOLÓGICA

Verdades objetivas que se desprenden del estudio de las historias expuestas:

1.ª Que hay que admitir — como lo admiten todos los profesores que se han dedicado á esta clase de estudios y á su vez ha tomado carta de naturaleza en la ciencia—la existencia de *tres formas clínicas de peritonitis tuberculosa:* la *ascítica*, ó de exudado plástico líquido; la *seca*, ó de exudado sólido fibrino-plástico, y la *ulcerosa*, ó úlcero-caseosa. Siendo el mismo el agente patógeno que engendra esta enfermedad, y el mismo el órgano infectado, y las mismas las vísceras que encierra esta gran cavidad esplácnica, existen, sin embargo, diferencias esenciales en el aspecto físico y en la cantidad de los exudados inflamatorios; en las dos primeras formas se ven grandes analogías en los síntomas locales y generales en el principio y marcha de la enfermedad en sus primeras fases, mientras que en la tercera forma, siendo más circunscrita la lesión, los trastornos funcionales del tubo digestivo son de persistencia desesperante y dominan el cuadro patológico; la desnutrición y adelgazamiento del enfermo, más acentuadas que en las otras dos formas; y, por último, lo más característico de estas formas, lo que más las diferencia, es la terminación: en la ulcerosa todos los enfermos, sin excepción, *sucumben*, cualquiera que sea la terapéutica empleada; no así en las otras dos formas, en las cuales lo raro, lo excepcional es que terminen por la muerte. Puede sostenerse la tesis de que en estas dos formas un diagnóstico precoz y una terapéutica científica *curan* siempre las extensas lesiones del peritoneo enfermo y de los órganos que contiene.

2.ª Hemos visto que la invasión del peritoneo y de la serosa intestinal por el agente patógeno tiene lugar por brotes sucesivos, ó sea gradual y progresivamente (casos núms. IX, X, II, III), de tal suerte que en la mayoría de los casos puede precisarse hasta las fechas de los brotes ó propagaciones tuberculosas á superficies hasta entonces indemnes, porque las pacientes son acometidas bruscamente de intensa neuralgia abdominal — en el sitio correspondiente á la nueva invasión,—fiebre, vómitos ó náuseas, y espontáneamente se meten

en cama por serles imposible estar de pie; y al abandonar el lecho, el dolorimiento ó dolor contusivo del vientre les hace andar encorvadas ó dobladas hacia adelante con el fin de aminorar sus sufrimientos, y en la mayoría de los casos á este síntoma penoso hay que añadir el que de continuo aquejan una sensación de peso en el abdomen—unas se expresan diciendo que parece que constantemente tienen un niño sentado ó de pie sobre él; otras, que tienen una plancha en ese sitio, etc.; y todas, sin distinción, con el fin de atenuar sus padecimientos, andan despacio ó con lentitud, pisan con suavidad, abandonan el uso del corsé ó lo llevan muy flojo (¡fenómeno excepcional en el bello sexo!) y las ropas muy sueltas, — porque dicen que *todo su mal está en el vientre*. Estas ó análogas manifestaciones hacen las enfermas cuando las interrogamos.

3.ª Veamos ahora cómo se comporta el peritoneo inflamado. Cuando la primera zona infectada es el peritoneo pelviano, sea por una anexitis tuberculosa uni ó bilateral—ordinariamente bilateral,—sea por la vía sanguínea, linfática ó intestinal, se observa siempre el mismo fenómeno: que tanto las porciones inferiores del omento, como las asas de los intestinos delgados y gruesos, se reúnen alrededor de la zona inflamada, envolviéndola y aislándola del resto de la cavidad, como si conscientemente quisiesen, con la barrera física que han formado conglutinándose, impedir la propagación de la enfermedad. Estos órganos, apelotonados, contraen entre sí, por sus envolturas serosas, adherencias *flojas ó peritoníticas*, formando un conjunto laberíntico y abigarrado, siendo imposible, en la mayoría de los casos (formas seca y ulcerosa), ver los anexos uterinos, y aun el mismo útero.

Idéntico fenómeno, el mismísimo fenómeno se observa en todas las pelvi-peritonitis más ó menos circunscritas y secundarias á procesos inflamatorios del aparato genital, supurados ó no, sencillos ó complicados con neoplasmas. La misma tendencia aisladora, por parte de los órganos ó tejidos circunvecinos, se observa en cualquier región del organismo que es asiento de una lesión inflamatoria.

Ahora bien: estas superficies, irritadas por los bacilos fimógenos, se cubren de granulaciones y exudan una sustancia sólida ó líquida, y entonces tenemos en este exudado un nuevo y rápido vector de propagación, siendo, por consiguiente, mayor su radio de acción morbosa en igualdad de tiempo que la difusión progresiva que tiene lugar por continuidad de tejido, del lesionado al normal, y ambas maneras de transmisión favorecidas por la gran movilidad de los intestinos y mesos, que también deben ser considerados como vectores de la infección.

Esta manera de explicarme el modo de difundirse la infección tuberculosa por la gran extensión del peritoneo, la creo razonable y

fundada, por una parte, en lo observado en las enfermas (números IX, X, III y IV); y por otra, en que—admitiendo esta hipótesis—nos explicamos que la marcha de esta enfermedad sea de ordinario crónica, insidiosa, pasando á veces desapercibida en un lapso de tiempo relativamente largo (caso operado por el Dr. Cospedal) y también que de la marcha crónica pase, rápida y bruscamente, á la aguda (caso núm. III); por lo demás, ya vemos que esto ocurre pocas veces, puesto que sólo en esta enferma ha sucedido entre las varias de que he dado cuenta.

4.ª Antes de apercibirse estas enfermas de que se hincha su vientre, ya llevan tres, seis, ocho meses, un año, dos ó más, con su lesión tuberculosa en el peritoneo parietal y visceral; y cuando vienen á consultarnos, encontramos que en la cavidad existe una cantidad de algunos litros de exudado líquido unas veces, y otras tuberosidades amorfas, duras, de distinto volumen y diseminadas con gran irregularidad entre los órganos abdominales.

Cuando el exudado es líquido, observamos—según el tiempo que tiene el proceso morboso—ó bien granulaciones riciformes discretas ó confluentes y apelotonadas y libres en el peritoneo parietal y visceral hasta donde alcanza la vista, según las dimensiones de la incisión practicada, las asas intestinales sueltas, poco movibles y como si estuvieran pegadas, y los mesos infiltrados y acortados (casos números III, V) ó bien, más ó menos enquistado el líquido plástico, no se ven granulaciónes, el peritoneo está lardáceo y de algunos milímetros de espesor y de un color rojo intenso por hallarse fuertemente hiperemiado. Bien merece este curioso fenómeno del enquistamiento descripción aparte.

5.ª Sabemos que todo exudado peritoneal, por la gran cantidad de albúmina que lleva en disolución (y uno de los que más albúmina contiene es el de la peritonitis tuberculosa, 5 á 6 gramos por litro), goza de la propiedad de coagularse formando capas tenuísimas en muy poco tiempo sobre las superficies que baña, y hace que sobre la primera membrana organizada ó de nueva formación se superponga otra, y luego otra, y así sucesivamente, mientras subsista el líquido plástico en la cavidad, dando origen á las envolventes estratificadas y gruesas (cinco y más milímetros) del líquido peritoneal.

Sólo esta propiedad no nos explicaría cumplidamente el fenómeno; hay que tener presente que otra de las propiedades del peritoneo para defenderse de las infecciones son las barreras físicas que oponen los órganos alojados en su cavidad, de que ya he hecho mención anteriormente. Pues bien, estas dos propiedades combinadas dan la clave de cómo ocurre el enquistamiento. Cuando el exudado líquido llena las cavidades correspondientes al hipogastrio y á parte ó al todo del mesogastrio, se elevan y despliegan los mesos corres-

# Explicación de las láminas

Las cuatro láminas siguientes son reproducciones de dibujos hechos en mayor tamaño para dar idea del aspecto y disposición que presentaban las vísceras abdominales de cuatro operadas de peritonitis tuberculosa de forma ascítica, en diferentes períodos de enquistamiento.

I. — En la primera, que pertenece al caso III después de la segunda laparotomia, se ve casi todo el paquete de intestinos delgados envueltos en su mayor parte por una tenue neomembrana; en la parte inferior unas pocas asas sueltas; el epiplon mayor atrofiado; los colon y aparato genital visibles con sus fosetas peritoneales rellenas de exudados fibrinosos solidificados.

II. — Aquí vemos el paquete de intestinos delgados aglutinados entre sí y contenidos en una capa translucida y delgadísima de albúmina adherente; el conjunto se asemejaba á un voluminoso tumor quístico, por ser pocas las asas que se transparentaban; epiplon mayor atrofiado; también eran visibles, y presentaban las mismas particularidades, el intestino grueso y el útero y sus anexos; lo mismo en esta enferma (VI) que en el caso III, tanto la serosa parietal como la visceral estaban deslustradas, fibrosas y engrosadas, de color amarillo sucio, por estar manchadas irregularmente en rojo y gris, estriadas y granujientas en algunos puntos, haciendo esto recordar que habían estado sembradas de tubérculos, que en esta fase de la enfermedad, lo corriente es que no se vean.

III — En un período más avanzado de enquistamiento se encontraba el proceso fínico peritoneal de la enferma núm. XI operada por el Doctor Cospedal: el peritoneo de unos 5 milímetros de espesor estaba engrosado uniformemente así como la gruesa capa que ocultaba por completo las vísceras, y todo ello, tan intensamente coloreado como lo representa la figura; no se vieron sino dos abultamientos grandes y centrales, separados por un surco profundo que cubrían los intestinos; una superficie cóncava inferior tapizaba la pelvis.

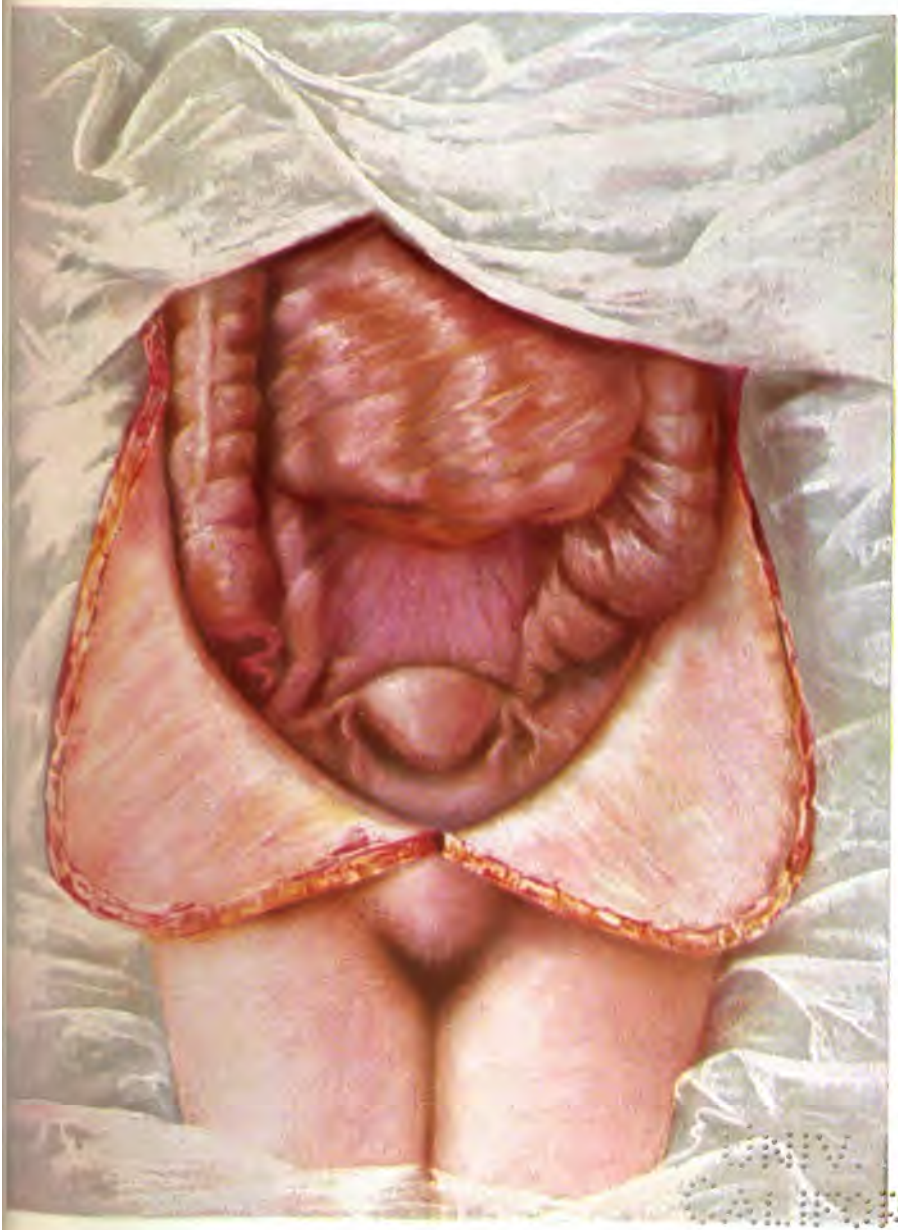
IV. — Representa esta lámina la configuración del interior del abdomen de una enferma que padeció un proceso de la misma naturaleza, enquistado por completo; ni vísceras, ni abultamientos se vieron en él, parecía un quiste vacío; el cordón largo y fibroso que colgaba en la parte interna y superior de la comisura de la herida, debía ser restos del uraco.

El líquido extraído de esta colección enquistada fué de 8 á 9 litros, y á esta enferma la operó hace años el Dr. D. Francisco Botin, en el Instituto Rubio. En el mismo centro, y en Mayo del año actual, ha operado un caso idéntico el Dr. D. Juan Acero y García.

José Blass y C.ª, San Mateo 1, MADRID

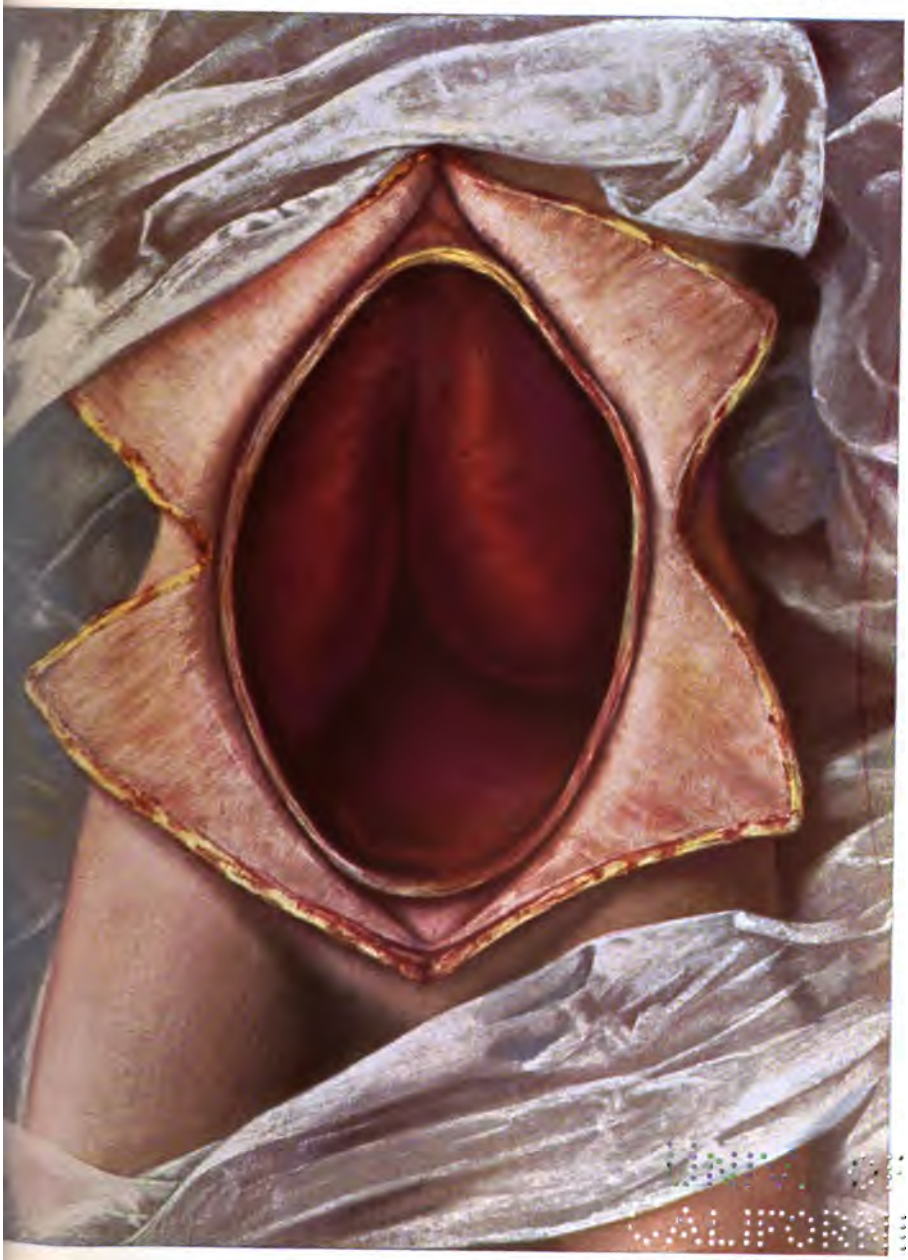
OF CALIFORNIA

UNIV. OF
CALIFORNIA



José Blass y Cía., San Mateo 1, MADRID

UNIV. OF
CALIFORNIA



José Blass y Cía., San Mateo 1, MADRID

UNIV. OF
CALIFORNIA

José Blass y Cía., San Mateo 1, MADRID

pondientes al colon ascendente, á las asas del yeyuno é íleon, al colon descendente y al pelviano, formando un diafragma abovedado, análogo al que separa las vísceras abdominales de las torácicas, y casi paralelo á él; por encima de esta bóveda descansan, á modo de cúpula, las asas del intestino delgado, aglutinadas parcial ó totalmente, colon transverso, estómago, etc. Las láminas I, II, III y IV son esquemas que representan la disposición anatómica de la cavidad abdominal de cuatro operadas (una por el Dr. Cospedal, otra por el Dr. Botín y dos por mí) y á la vez distintas fases de enquistamiento, debiendo tener muy presente que no es indispensable que el proceso inflamatorio haya ultimado su trabajo para que la cavidad abdominal quede virtualmente dividida en dos con el nuevo diafragma inferior, reforzado, en la mayoría de los casos, en su tercio ántero-superior por adherencias omentales resistentes. Este septum, yo me atrevo á llamarle *barrera física infranqueable (segunda barrera* por el orden de su formación) para la propagación de la tuberculosis al peritoneo parietal y visceral del epigastrio; y me fundo para ello—aunque me falte la comprobación por la autopsia y aunque nada he visto en las enfermas que he operado—en que ninguna de éstas ha presentado síntomas que den motivo á pensar si el estómago, hígado ó bazo han sido invadidos por la infección. Este nuevo diafragma, dados los elementos anatómicos de los órganos que lo forman, es elástico y resistente á la par: de ahí su extensibilidad y que pueda distenderse hacia arriba, limitando colecciones líquidas de siete, doce y más litros.

Es sabido que esto de la formación de barreras es una propiedad general y constante del peritoneo en presencia de cualquier agente infeccioso y de algunos tumores, y esto explica de una manera satisfactoria la formación de pequeñas colecciones líquidas, ya serosas, ya purulentas, ya serosanguinolentas, alrededor del apéndice vermicular, bazo, hígado, epiplon gastro-cólico, cavidad posterior de los epiplones, etc., etc.

A este propósito, y como nota curiosísima, citaré dos casos escogidos entre muchos que he visto. El 5 de Octubre del año 1904 ayudé al Dr. Arpal, en Zaragoza, á practicar una laparotomía transversal y oblicua de arriba abajo sobre la región hepática, y, como ya se había diagnosticado preoperatoriamente, existía una colección líquida serosa (salieron 200 c. c.) entre el diafragma y la cara convexa del gran lóbulo derecho del hígado. Esta colección líquida ni se corría al lado izquierdo cuando se hacía adoptar al enfermo este decúbito lateral, ni descendía á la pelvis cuando se le sentaba en la cama; y nos explicábamos muy bien que ocurriesen así las cosas, porque este enfermo, de once años, tenía una hepatomegalia tan enorme, que el hígado llenaba los hipocondrios y las regiones

epigástrica y parte de la umbilical, abultándolas considerablemente, y, claro es, la gran superficie convexa, húmeda y lisa del hígado se adaptaba exactamente á la cóncava que le ofrecía el peritoneo, también húmeda, lisa y brillante, y sin estar adheridas ambas superficies aprisionaban el líquido en el espacio ya mencionado, de idéntica manera que dos superficies planas ó curvas bien pulimentadas y que se adaptan con exactitud impiden el paso á cualquier líquido. En este caso llamaba la atención que el límite inferior del hígado se exteriorizase por un ligerísimo surco transversal de concavidad superior, y que se extendía de un flanco al otro del abdomen.

El otro caso se refiere á un enfermo de cincuenta y cuatro años, que en el curso de su enfermedad—cáncer difuso del estómago y páncreas—se le llenó el vientre rápidamente de líquido ascítico, ofreciendo la particularidad de que su abdomen presentaba una forma bilobulada, cuya prominencia superior correspondiente á la región epigástrica estaba separada por un ligero surco de la inferior, que la formaban las regiones infraumbilical é hipogástrica. El 30 de Enero del año 1906, por no creer prudente la paracentesis, practiqué en él la laparotomía. Abierta la cavidad abdominal en la línea media de la región epigástrica y vaciado su contenido líquido, tuve que ampliar la herida por su parte inferior para conseguir vaciar el resto del líquido. La cavidad abdominal estaba dividida en dos por adherencia íntima del epiplon gastro-cólico al peritoneo.

6.ª Una de las cosas que más llama la atención del observador al estudiar las lesiones producidas en las vísceras abdominales por el bacilo de Koch, es el siguiente curioso fenómeno: que siendo tan extensa y profunda la lesión tuberculosa del peritoneo que reviste los intestinos, sea tan rara la coexistencia de lesiones tuberculosas más ó menos extensas de la mucosa intestinal, y viceversa; en la enteritis tuberculosa de forma diseminada sin tendencia á la curación, que acompaña al 50 por 100 de los enfermos que padecen tuberculosis pulmonar grave, miles de autopsias han demostrado la existencia de múltiples ulceraciones en la mucosa intestinal sin tendencia á la curación, y sin embargo la serosa está sana, su estructura anatómica en nada ha variado en la mayoría de los enfermos, siendo así que en un substratum de algunos milímetros existen úlceras que ocupan muchos decímetros cuadrados de extensión, que no cicatrizan y que fatal é invariablemente terminan con la vida del enfermo, así sea secundaria como si es primaria la tuberculosis intestinal.

Por ahora, y con gran pesar, tengo que contentarme con hablar de este importante y trascendental fenómeno, trascendental por más de un concepto, y que por lo inexplicable induce al espíritu, aguijoneándole vivamente, á investigar sus causas. Veremos si algún día

puedo presentar un estudio completo sobre el particular, basado en necropsias y comprobaciones serias de laboratorio.

7.ª Las metamorfosis anatómicas macroscópicas que sufre el gran epiplón en presencia de la infección tuberculosa son de dos clases: atróficas ó hipertróficas; ó desaparece en gran parte el tejido célulograsoso que en su trama existe normalmente, al igual de lo que ocurre con el tejido adiposo subcutáneo, ó bien se hace compacto é hiperplasia considerablemente, segmentándose en fragmentos grandes y desiguales ó formando una sola masa gruesa y pesada, simulando, con mucha exactitud, ya un lipoma multilobulado, ya un lipoma unilobulado. Cualquiera que sea el cambio que sufra en su estructura el omento se presenta á nuestra vista deslustrado, compacto por haber perdido esa consistencia blanda que caracteriza á los tejidos abundantes en grasa; su color amarillo sustituído por el blanco amarillento, en el que á veces se ven manchas grisáceas ó plomizas, y en los casos bastante frecuentes en que lo vemos muy engrosado su superficie es dendrítica. Unas veces está adherida al peritoneo parietal ó á éste, á los intestinos y al aparato genital femenino; otras, flotan una ó más masas en el líquido ascítico, pudiéndose apreciar con la vista sus contornos y las sinuosidades de algunas asas de intestino delgado en los movimientos respiratorios, por estar muy adelgazada la pared del vientre y contener bastante líquido (caso VII); cuándo, forman con los exudados fibrino-plásticos el peritoneo y las capas profundas de la pared del vientre un plastrón de ancha superficie y bastante espesor que llega hasta debajo de la piel algunas veces, y otras hasta la capa muscular (los tres casos de forma seca), haciendo sea peligrosa la abertura del vientre por la facilidad grande con que podrían herirse una ó más asas de intestino delgado con un solo golpe de bisturí.

## Capítulo III

### DIAGNÓSTICO

Voy á abordar la cuestión del diagnóstico de esta enfermedad. Sostengo, en principio, que el diagnóstico es fácil; lo excepcional es equivocarse. En las formas ascítica y seca, poquísimos, muy contados casos ofrecen dudas; de ordinario se hace el diagnóstico exacto, preciso, completo; en la forma ulcerosa se hace siempre el diagnóstico de la inflamación más ó menos circunscrita de la serosa, siendo imposible precisar, en la mayoría de casos, el agente infeccioso que la ha provocado; en otros se sospecha que el proceso es tuberculoso; en los menos puede darse el diagnóstico exacto; pero nunca ocurre confundir estos procesos, claramente inflamatorios,

con procesos neoplásicos; de manera que en esta forma de peritonitis tuberculosa pocas veces el diagnóstico es exacto, en la mayoría incompleto.

Veamos cómo se llega al diagnóstico en la forma ascítica. Se recogen en estas enfermas varios signos físicos de distinto valor al explorar manualmente la superficie de su abdomen, más ó menos abultada.

*a*) Cuando en un vientre se comprueba la existencia de líquido libre y la relación entre las zonas de macicez, submacicez y sonoridad—explorando siempre á la enferma en decúbito supino,—varía en dos ó más reconocimientos practicados en un mismo día ó en días sucesivos; si á este signo físico se agrega que el enfermo ó enferma ha adelgazado, aqueja neuralgias abdominales, tiene trastornos funcionales del tubo digestivo, está febricitante y lleva algunos meses en este estado indefinible de malestar, bien podemos asegurar que este enfermo tiene una peritonitis tuberculosa de forma ascítica. El signo físico de la variabilidad de las zonas de macicez, submacicez y sonoridad es muy constante, y lo mismo se presenta en enfermos con exudado líquido regular ó abundante que cuando es escaso (enfermos núms. I, II, III, IV y V).

Si se tienen en cuenta las propiedades físicas y bioquímicas del exudado líquido peritoneal y de los órganos que flotan en él, se convendrá conmigo en que este dato es importante y es, también, la exteriorización ó imagen de lo que existe dentro de la cavidad abdominal, revelado por el sentido del tacto. Además, me atrevo á decir que lo conceptúo característico de esta forma de peritonitis tuberculosa difusa, sin detenerme á demostrarlo por no ofender la reconocida ilustración del lector.

*b*) Si además de este signo físico, al que doy capital importancia ó el primer lugar entre los que se recogen, encontramos el peritoneo engrosado uniformemente ó irregularmente en forma de plastrones diseminados, de superficie rugosa unas veces y otras achagrinada, se tendrá un elemento más de diagnóstico tan valioso como el primero.

*c*) Cuando una ó más asas del intestino están pegadas por adherencias flojas ó resistentes al peritoneo parietal con ó sin intermedio del gran epiplón ó de los apéndices epiploicos, en la zona correspondiente á esta soldadura encontraremos siempre sonoridad en todos los decúbitos y cualquiera que sea la cantidad de líquido coleccionado en la cavidad (caso núm. IV). En estas enfermas pueden apreciarse este signo físico y el anteriormente descrito, como ocurría en la enferma que acabo de citar.

*d*) En los enfermos en que el exudado líquido es abundante y está más ó menos enquistado, los signos físicos recogidos por la pal-

pación y percusión son iguales á los obtenidos en la exploración de los quistes ováricos que llenan una mitad del abdomen, ocupando casi toda la capacidad anterior de su mitad inferior, rechazando atrás, arriba y á los flancos los intestinos delgados y gruesos. Los signos físicos iguales son: una zona más ó menos extensa, circular ó elíptica, de macicez, que se continúa con la macicez de la arcada pubiana, circundada en el resto de su perímetro por una corona ó zona de sonoridad; estas zonas conservan la misma relación en los diferentes decúbitos y posiciones. Estos son los casos en que puede cometerse el error de diagnóstico de tomar por un quiste ovárico una colección líquida peritoneal (tuberculosa ó producida por otro agente) enquistada ó á medio enquistar; error en que han incurrido é incurren con harta frecuencia los médicos, cirujanos y ginecólogos de todos los países. En casi todas las obras vemos á sus autores escudarse, sincerarse de este gran error, citando al venerable Spencer Wells, ¡un ejemplo más de la vanidad humana!; pero ninguno trata de explicar las causas del porqué y la manera de orillarlas.

Yo afirmo de una manera categórica é incontrovertible, por estar cimentada en bastantes hechos de observación clínica, que este error debe ser lo excepcionalmente raro; lo común, lo corriente debe ser no incurrir en él y sí hacer el diagnóstico exacto.

Á pesar de las igualdades apuntadas, si se observan con detenimiento estas enfermas, se aprecian las diferencias siguientes: en la peritonitis tuberculosa enquistada el peritoneo está engrosado y presenta los caracteres descritos anteriormente (en ningún caso he visto que faltara este signo físico); en los quistes del ovario, aun en los que tienen adherida parte de su cubierta anterior al peritoneo parietal, éste no se halla engrosado ni infiltrado; en las enfermas afectas de quiste ovárico, al adoptar el decúbito supino y los laterales no se aplana visiblemente el abdomen, y lo mismo de pie que acostadas permanece idéntica la forma del vientre, siendo casi imperceptible la desviación que sufren las líneas curvas de su contorno por el peso del tumor, lo contrario de lo que ocurre en las enfermas de peritonitis tuberculosa de forma ascítica enquistada; poco ó mucho, se aplana el abdomen en la posición dorso-sacra y al adoptar los decúbitos laterales; al sentarse y ponerse de pie, visiblemente se proyecta en masa el abdomen abultado, tomando en ocasiones la figura de una alforja al estar de pie, desviándose las líneas curvas del contorno; obedeciendo estas diferencias á que en la peritonitis la tonicidad de las membranas de envoltura del abdomen es casi nula: de ahí que la movilidad del tumor del vientre, la transmisión visible del movimiento ondulatorio del líquido intraabdominal al percutirse, el aplastamiento y movilidad grande que se puede imprimir cuando se coge entre ambas manos (sucusión) sean un conjunto de

signos físicos tan distintos de los que se observan en los quistes ováricos, que no cabe confusión posible. (Véanse las láminas del número anterior.)

*e*) En la forma seca ó fibrino-plástica el diagnóstico es tan sencillo como en la forma anterior; el peritoneo presenta los signos físicos tantas veces descritos; como en aquélla, el reconocimiento despierta dolor; el vientre está tenso, duro, poco ó nada movible; se comprenden entre las manos masas amorfas de tamaño variable, duras, multilobulares, de contornos borrosos, diseminadas con irregularidad, que en ocasiones llenan el fondo de saco de Douglas; otras son tan grandes que elevan los cartílagos costales, forman gran prominencia en las regiones umbilical é hipogástrica, simulando el conjunto ó voluminosos quistes proliferantes del ovario (casos números XIV, XV y XVI) ó quistes hidatídicos peritoneales, del gran epiplon ó pelvianos.

Es de notar que en estas enfermas el signo físico señalado con la letra *a* al principio de este capítulo también es constante y más evidente que en la forma ascítica, puesto que los intestinos están como incarcerados entre bloques de exudado sólido, y según se encuentren aquéllos en estado de vacuidad ó de repleción el cambio de relaciones entre las zonas de macicez, submacicez y sonoridad es más ostensible.

Vuelvo á repetir: sólo con este signo físico, el engrosamiento del peritoneo y los caracteres físicos peculiares de estos bloques, y teniendo además presentes los signos físicos característicos de los quistes ováricos é hidatídicos, no es fácil tampoco incurrir en error.

A fin de evitar repeticiones y no ofender la cultura científica del lector, me abstengo de establecer un paralelo entre los datos recogidos por la palpación y percusión en estos distintos procesos patológicos; pero sí añadiré á lo expuesto que la superficie amorfa, irregular y de contornos borrosos de un conglomerado tuberculoso es tan típica, que no cabe de ninguna manera confundirla con las placas de distinto volumen y espesor de los quistes areolares del ovario, ni con las tumoraciones más pequeñas de quistes hidatídicos peritoneales ó del gran epiplón: estas superficies siempre son *lisas*.

Hasta el día, en diez y siete años de observación asidua y entusiasta de tumores del vientre, he formulado 4 diagnósticos exactos de quistes hidatídicos del gran epiplón y peritoneales; 1 de quistes hidatídicos del útero y sus anejos; en los 18 casos de peritonitis tuberculosa de que he dado cuenta, en 13 he hecho diagnóstico preciso (7 forma *a*, 3 seca y 3 ulcerosa), y en 5 diagnóstico incompleto (1 *a*, 2 ulcerosa y 2 en que no podía precisarse á qué forma iban á pertenecer, por estar en sus comienzos la enfermedad); como se ve, en ninguno he confundido un proceso inflamatorio con otro

tumoral ó parasitario, y todos los he hecho únicamente con los datos recogidos por la exploración manual del abdomen y sin haber formulado una sola pregunta á las enfermas. No se me tache de presuntuoso ni de exagerado por lo que acabo de manifestar, puesto que muchos de los comprofesores que me honran con su amistad—á quienes un dia y otro, y con las enfermas á la vista, he comunicado lo anteriormente expuesto—han diagnosticado con la misma facilidad que yo. Los señores á que me refiero son los Dres. D. Juan Acero, D. Francisco Botín, D. Adolfo M. Cerecedo, D. Francisco Blasco, D. Emilio Hurtado, D. Ruperto Sánchez Rodríguez, D. Lucinio San Román, etc. El total de enfermas que entre todos hemos examinado en el Instituto Rubio será de unas 40, y si no se han operado algunas, aunque estaban en condiciones, ha sido por no disponer de cama en tiempo oportuno.

Creo haber demostrado suficientemente dos cosas: 1.ª Que en las formas ascítica y seca de la peritonitis tuberculosa, sólo por la exploración manual del abdomen se recogen bastantes signos físicos, valiosos en su mayoría como elementos de diagnóstico. Y 2.ª Que en estas dos formas el diagnóstico es fácil.

Si el reconocimiento minucioso y detenido del vientre es bastante—en la mayoría de las veces—para establecer el diagnóstico, no por esto debe descuidarse el recoger los datos anamnésicos, fuente de ilustración y comprobación de los signos físicos adquiridos por el reconocimiento. Estos síntomas, por su orden de importancia, son: las neuralgias abdominales, en ocasiones de violencia extrema (casos núms. III, IV, V, VII, IX, X y XIV), acompañadas de fiebre, meteorismo, malestar general, etc., que nos revelan ataques de peritonitis parciales; la fiebre de ciclo no definido; los trastornos funcionales del tubo digestivo, que pueden dividirse en constantes é inconstantes; al primer grupo pertenecen la falta de apetito, sensación penosa de plenitud al comer y digestiones tardías; al segundo corresponden alternativas de diarrea y estreñimiento en unas enfermas, en otras diarrea profusa y persistente, otras aquejan pseudo-obstrucciones, otras presentan en sus conjuntivas y piel los distintos matices del tinte ictérico; consecuencia natural de este conjunto complejo de síntomas es el adelgazamiento de las enfermas. En muchas de éstas la mirada y la expresión de su rostro revelan una tristeza profunda y el malestar general que sienten; algunas permanecen indiferentes á cuanto les rodea.

El examen estetoscópico de las pleuras, sobre todo en su tercio inferior, nunca debe dejar de hacerse para comprobar la coexistencia ó la prioridad de la inflamación de estas serosas y la peritoneal, puesto que algunas enfermas atribuyen el principio de su enfermedad, y con razón, á un padecimiento del aparato respiratorio, por

haber sentido grandes dolores en uno ó ambos costados muchos meses antes de hinchárseles el vientre, y estar sometidas todo ese tiempo á tratamiento médico, del cual conservan señales indelebles (vejigatorios, cauterización punteada). En tres de ellas he podido comprobar la prioridad de la inflamación del tercio inferior de las pleuras al de la inflamación del peritoneo.

También es importante inquirir si existe tuberculosis en algún otro órgano de la economía, y siempre que se pueda, echar mano de los procedimientos de laboratorio para ver de demostrar la existencia del bacilo de Koch.

En los casos dudosos, como son los de la forma ulcerosa de esta enfermedad, aun tenemos dos métodos de relativa exactitud para llegar al diagnóstico: los sero-diagnósticos y la tuberculina. Nada diré de ellos por no tener experiencia personal sobre su valor; los que la tienen hablan muy favorablemente y los consideran como piedras de toque para disipar dudas, recomendando mucha prudencia en el uso de la tuberculina.

Estos métodos de relativa exactitud y los exactos de laboratorio que patentizan la existencia del *bacillus phymogenus*, los conceptúo de tanta importancia como los signos físicos que suministra la exploración del abdomen, teniendo ésta la ventaja de que con ella podemos diagnosticar la peritonitis tuberculosa en sus formas ascítica y fibrino-plástica lo mismo en las pequeñas aldeas que en las ciudades, mientras que los otros métodos exigen tener laboratorio y disponer de un bacteriólogo é histólogo competente y concienzudo.

## Capítulo IV

### TRATAMIENTO

Al ocuparme ahora del tratamiento de esta enfermedad, tengo que hacer algunas consideraciones preliminares sobre hechos verdaderos, tomados del gran libro de la Clínica, procurando en su descripción é interpretación no olvidar ni por un momento la lógica.

Es un hecho indiscutible, comprobado hasta la saciedad por muchos cirujanos, que en la peritonitis tuberculosa la simple incisión abdominal cura esta enfermedad.

Otro hecho no menos verdadero y más notable se ha observado con la simple incisión abdominal: la curación permanente de estenosis intestinales tuberculosas ó producidas por otro agente. El profesor Mikulicz y el doctor W. Kausch (pág. 421 del *Tratado de Cirugía clínica y operatoria* de E. v. Bergmann; tomo III; edición española), hablando de la úlcera tuberculosa estenosante del intestino, dicen lo siguiente:

Existen, además, unos pocos casos en la bibliografía, en los cuales los desórdenes debidos á la estrechez tuberculosa desaparecieron después de la simple laparotomía; así particularmente en un caso de König, publicado por E. Angas Johnson, en que existían cuando menos ocho estrecheces, el paciente se hallaba aún en completa salud cuatro años y medio después de la operación; pero estos casos son excepcionales. Hemos de figurarnos que en tales casos, una vez completamente curada la tuberculosis, la cicatriz se hizo con el tiempo más flexible, y se distendió. «El 17 de Marzo de 1903 operé un enfermo que padecía una extensa lesión estenosante del íleon que abarcaba un metro de su porción terminal; me abstuve de practicar la resección de este gran trozo de intestino enfermo, y al quinto día de operado, el paciente comenzó á expulsar gases en abundancia como no lo había hecho en los últimos ocho meses que precedieron á la intervención, durante los cuales ni una sola vez emitió gases por el ano; lleva tres años y dos meses gozando de salud, y la intervención que sufrió fué una laparotomía media. (Esta historia está publicada en la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, Junio 1904 (núm. XXII).

Aún obtenemos grandes beneficios de la laparotomía en otras enfermedades que casi se tenían por incurables, como son: la peritonitis difusa progresiva (cualquiera que sea el órgano abdominal que la haya originado), la peritonitis post-operatoria, la peritonitis aguda circunscrita, el absceso sub-diafragmático, la peritonitis crónica, etc. ¡¡¡Cuántas vidas se han salvado con la simple incisión abdominal, desde que ésta se practica metódica y asépticamente!!!

Insistiré sobre lo mismo, citando dos casos más que debieron su curación á la incisión abdominal, dejando huella imborrable en mi espíritu. Allá por el año 1891, se presentó en la consulta pública de ginecología, á cargo del doctor Gutiérrez, una enferma pálida, calenturienta; su rostro revelaba grandes y continuos sufrimientos, é iba apoyada en los brazos de dos hombres robustos, por sería casi imposible la progresión. Reconocida, se apreció la existencia de un voluminoso hematoma del tejido conjuntivo pelviano supurado y retro-uterino; hematoma probablemente formado por haberse levantado la enferma al tercer día de haber dado á luz su último hijo y ponerse á mover los grandes colchones de su cama con el fin de arreglarla; al primer esfuerzo, le dió un síncope, cayó al suelo y en el acto sintió peso y dolor vivísimo en la pelvis como si tuviese una esfera erizada de clavos (según expresión de la enferma); desde aquel momento, no tuvo en dos años consecutivos ni un día bueno, agudizándose y generalizándose el proceso pelviperitonítico en tres ocasiones distintas, en tales términos, que se

temió perdiera la vida. El doctor Gutiérrez trató el hematoma por colpotomía, y cuando la enferma se disponía á abandonar el hospital, curada de su enfermedad y con la herida vaginal cicatrizada totalmente, se agudizó por cuarta vez y repentinamente la inflamación peritoneal, presentando el alarmante cortejo de síntomas que le acompaña: facies abdominal, vómitos abundantes y frecuentes, timpanismo, intenso dolor abdominal, pulso filiforme y frecuente, temperaturas vespertinas de 41° y décimas, diarrea, etc. A los pocos días—cuatro ó cinco,—transcurrido el período agudo, es reconocida nuevamente esta enferma, y el tacto bimanual revela una gran tumoración pastosa, alargada y situada en la parte más alta y externa del ligamento ancho izquierdo, abultando el abdomen hasta por encima de la espina ilíaca anterior superior. Vista la gravedad de la enferma, la poca eficacia de los medios médicos puestos en práctica y la repetición de estos ataques de peritonitis generalizada, se decidió el profesor Gutiérrez á practicar una laparotomía exploradora. Abierta la cavidad, vimos la serosa parietal engrosada, infiltrada, roja, con manchas pequeñísimas que revelaban había habido hemorragias capilares; la serosa visceral también hiperemiada, jaspeada con manchones grisáceos y sembrada de multitud de quistes adventicios de tamaño vario y de contenido también distinto: en unos el líquido era transparente é incoloro, en otros rojo vinoso, en otros viscoso y pardo, lactescente en algunos, puriforme en otros, rutilantes, azulados; el tamaño de los quistes más pequeños sería como el de una uva, y el de los mayores como el de una esfera de unos ocho á diez centímetros de diámetro; eran muchos y habían nacido en los mesos y bordes mesentéricos de los intestinos, aglutinándolos é inmovilizándolos, y estaban distribuídos, distanciados ó reunidos, como ocurría en la mitad izquierda de la región hipogástrica, correspondiente á la tumoración mencionada más arriba; la lesión visible de la serosa visceral ocuparía las $^4/_5$ partes de su área; en vista de lo extensa que era la lesión, el doctor Gutiérrez se limitó á puncionar los quistes mayores con la punta del bisturí y romper otros con las yemas de los dedos, lavar aprisa con agua esterilizada la cavidad y cerrar la herida abdominal. Tampoco cabía hacer otra cosa. La enferma—contra lo que esperábamos todos los que seguimos con interés el caso—mejoró rápidamente y salió curada á los veinticinco días, sin volver á recidivar su padecimiento. «Nada semejante he leído en parte alguna ni visto en autopsias.»

El otro caso se refiere á una enferma que padecía una pelvi-peritonitis crónica antigua, con exudados organizados, en la que los anejos del lado izquierdo y los exudados formaban un bloque esférico, durísimo, de buen tamaño, simulando un fibroma del ligamen-

to ancho. Laparotomizada por el doctor Gutiérrez, y vista la imposibilidad de desenclavar aquel peñasco—sin grave riesgo para la vida de la enferma,—dejó las cosas como estaban, hizo la *toilette* del peritoneo y cerró la herida del vientre. Esta enferma, antes de su ingreso en la Princesa, llevaba seis meses padeciendo la grande histeria; en los días que precedieron á la operación le daban 18, 20 y 24 ataques histero-epilépticos al día, con pérdida de conocimiento, convulsiones clónicas; otras veces se enarcaba el tronco; casi siempre se mordía la lengua; tenía muchas cicatrices en el cuero cabelludo y lengua. Pues bien, desde que se la operó no volvió á tener ningún ataque, y al cabo de unos tres meses el bloque inflamatorio había desaparecido, y ligamento y anejos enfermos habían recuperado su movilidad y flexibilidad normales.

En este caso, tenemos que admitir la influencia curativa inmediata de la laparotomía sobre la perturbación refleja tan importante de los centros nerviosos y la no menos beneficiosa sobre el proceso anexial crónico, del que curó al cabo de tres meses; cosa sorprendente en verdad, puesto que sabemos que procesos de esta índole tardan, á veces, años en curarse, á pesar de ser tratados activamente y con constancia.

Vuelvo al punto de partida y continuaré hablando de la peritonitis tuberculosa. Evidente por demás es que en la forma ascítica de esta enfermedad, al vaciar la colección líquida del abdomen, sustraemos en el acto una cantidad de líquido rico en toxinas, perjudicial á la salud por su composición química y por el peso y dislocación que produce en los órganos abdominales, se restablece en parte la estática de las vísceras que contiene, hay mayor repleción de los vasos en las primeras horas consecutivas á la intervención y en los días siguientes se restablece parcial ó totalmente el equilibrio circulatorio en los sistemas sanguíneo y linfático; se regulariza la función de la respiración y la importantísima del centro circulatorio, desapareciendo la disnea y la hiperquinesia cardíaca, cesan la neuralgia abdominal y las múltiples molestias que sienten estos enfermos al andar y en las distintas actitudes y posiciones que adoptan; á los pocos días reaparece el apetito, comienzan á alimentarse más, y gradual y progresivamente van nutriéndose. «Con ningún tratamiento médico se obtienen ventajas tan inmediatas y tan positivas.» Hermosa comprobación de lo que digo la tenemos en lo ocurrido con la enferma núm. VIII; fué operada el 28 de Febrero del año actual, se la dió el alta el 24 de Marzo; en el mes de Abril ha ganado cinco kilos de peso viviendo en una habitación malsana y alimentándose tan pobremente como antes de operarse, por no permitirle otra cosa su posición humilde; al proceso anexial tuberculoso del lado derecho le falta mucho aún para curarse, y sin embar-

go, ni la más leve molestia dolorosa siente en la pelvis ni en el abdomen desde el día en que se le operó.

Enfermas hay—como la núm. IV—en que no se ve tan clara la influencia de la incisión abdominal; más aún, hasta puede decirse que la intervención para nada ha servido; que la paciente se ha curado espontáneamente, gracias á sus energías y defensas naturales. Sin embargo, es curioso é importante lo ocurrido en la evolución de su enfermedad. En Marzo de 1901, á los diez meses de habérsele practicado la laparotomía y uno después de la última paracentesis, se le presentaron en la pared del vientre varios abscesos un tanto voluminosos que se formaban al nivel de las picaduras hechas con la aguja ó en sitios próximos, y que por su volumen y por no haber dejado hilos de seda perdidos, no podían tomarse aquellos por *faden abscessen* (1). Sin ningún género de duda tenemos que admitir que estos abscesos se produjeron por el transporte directo de partículas sépticas de las capas profundas á las superficiales, por medio del bisturí, de las agujas y de los hilos de sutura, y creo que estos abscesos obraron como focos de atracción del extenso proceso infeccioso subyacente y á la vez como cloacas de eliminación de los detritus orgánicos y secreciones líquidas características que aquél elabora en las últimas fases de su desenvolvimiento (2).

En mi sentir, no cabe dar otra explicación sobre la génesis y evolución de estos abscesos superficiales, y por consiguiente, hay que admitir que hasta en esta enferma la incisión abdominal ha ejercido una influencia favorable—de la manera que acabo de describir,—ayudando á su naturaleza á curar la extensa y profunda lesión tuberculosa en su peritoneo; contribuyendo también á este feliz resultado la sustracción del líquido peritoneal por medio de la paracentesis siempre que se coleccionaba en cantidad para molestar á la paciente.

Lo mismo ha ocurrido con las tres enfermas de tuberculosis peri-

---

(1) *Faden abscessen*, abscesos de cordonete.

(2) Esta enferma, cuando marchó de Madrid para Zaragoza, al mes y medio de operada, llevaba su herida bien cicatrizada, como que en el curso post-operatorio no se le formó ningún absceso ni superficial ni profundo; los abscesos de referencia se presentaron después de transcurridos diez meses de la operación. Otro tanto ha ocurrido á una señora á quien el año pasado le hice la sección cesárea ó histerectomía subsiguiente, por estar infectado el útero; un mes después de operada, y cuando ya ni pensaba en la herida del vientre, se fraguó un absceso al nivel de una de las picaduras hechas con la aguja, y á los dos ó tres días se le llenó de forúnculos gordos el plano anterior del abdomen, habiendo necesidad de dilatar algunos de ellos.

En casi todas mis operadas de peritonitis tuberculosa ascítica supuraron uno ó algunos puntos de sutura, durando meses la secreción serosa de algunos de ellos.

En las tres operadas de peritonitis tuberculosa seca, supuró meses y abundantemente la herida.

También debo consignar que en todos los enfermos que he visto operar y que yo he operado de apendicitis, la herida del vientre ha supurado, poco ó mucho.

toneal con exudados sólidos, siendo en estos casos más sencilla y clara la interpretación del fenómeno, puesto que, como los exudados plásticos invaden en más ó menos extensión y á diferentes profundidades las membranas de envoltura del abdomen, con la incisión abdominal seccionamos tejidos enfermos en los que rápidamente se inicia la coalescencia y liquefacción de aquéllos, saliendo con facilidad al exterior, bien por los túneles formados con la aguja al suturar la herida ó por entre los labios de ésta. Ahora bien: como estos exudados inflamatorios superficiales están en relación directa ó son continuación de los bloques de la misma naturaleza diseminados entre los intestinos, peritoneo y proximidades del aparato genital, éstos sufren la misma suerte que aquéllos, y por caminos más ó menos tortuosos salen al exterior total ó parcialmente al cabo de un tiempo que oscila entre seis y doce meses, no dejando ni vestigios de su existencia y permitiendo el funcionalismo normal de las vísceras incarceradas un tiempo entre estos conglomerados inflamatorios y duros.

No sorprende, maravilla al observador, seguir paso á paso este fenómeno de desembarazarse la gran cavidad esplágnica del vientre de las masas inflamatorias que contenía—y que en algunas enfermas su peso total es de algunos hectogramos, según cálculo prudencial;—no recuperan, es cierto, la *restitutio ad integrum* los tejidos y órganos atacados por el bacilo de Koch (como lo demuestran los estudios histológicos concienzudos realizados por ilustres observadores), pero es como si la recuperasen, puesto que adquieren la suficiente movilidad y flexibilidad que caracteriza á los intestinos, útero y anejos, que les permite restablecer su primitiva estática en la cavidad que los contiene y desempeñar con normalidad sus funciones.

No nos maravilla menos el ver en esta forma de fimia peritoneal y en las otras dos lo poco frecuentes que son los trastornos funcionales de importancia del tubo digestivo (obstrucciones y pseudo-obstrucciones, ileus, perforaciones intestinales, fístulas estercoráceas ó del intestino delgado, abscesos diseminados, profundos ó superficiales, etc.), en la evolución de la enfermedad y antes de ser intervenidas, pues en un total de 17 enfermas sólo en el caso X hemos tenido ocasión de observar una pseudo-obstrucción dependiente de las adherencias peritoníticas que existían entre el ciego, algunas asas de intestino delgado y los anejos uterinos.

En mi práctica tengo cuatro casos de curación espontánea, no figurando en la estadística que doy á luz más que uno de ellos, porque los otros—aunque me dan noticias con regularidad sobre su estado y éstas son satisfactorias, haciendo pensar que estén curadas,—como residen en provincias, hasta tanto no tenga nueva oca-

sión de explorarlas conceptúo poco seria su publicación. De éstas cuatro enfermas, dos eran de tuberculosis peritoneal crónica de forma ascítica, una de forma seca, subaguda pleuro-peritoneal, y la cuarta, como la infección peritoneal era incipiente y comprendía sólo el peritoneo pelviano, no sabemos — caso de haber seguido ganando terreno la infección—si la serosa hubiese exudado productos sólidos ó líquidos. A las cuatro no se las ha sometido más que á tratamiento higiénico.

Tengo conocimiento de otras dos enfermas jóvenes curadas sin intervención, tratadas por un ilustre compañero higiénicamente, empleando á la vez medicación interna y local.

Pero de estos casos de curación espontánea sé de uno muy sugestivo, y que convence al más escéptico en este asunto. Mi querido amigo el Dr. Acero, en el mes de Julio de 1904, me rogó viese una enfermita de trece ó catorce años, que tenía un padecimiento muy doloroso en el vientre, y que hacía pocos días se había hecho cargo de su asistencia. Una vez reconocida, al cambiar impresiones con mi compañero, le manifesté que el diagnóstico no ofrecía dudas, ni por los antecedentes ni por el resultado de la exploración manual de la tumoración del vientre; que mi juicio, igual al formulado por él con prelación, era que se trataba de una peritonitis tuberculosa crónica con exudados sólidos tuberosos que llenaban la fosa ilíaca derecha, envolviendo al ciego y sus contornos, de manera difusa tal, que no permitía á las manos limitar la masa tumorosa ni moverla, á diferencia de lo que ocurre con los tuberculomas hipertróficos del ciego, que gozan de la suficiente movilidad y fisonomía propia, como los tumores, que permite su extirpación seguida de entero-anastomosis de íleon con colon ascendente ó transverso; y que, dado el estado general de la enferma y el asiento de la lesión, no era prudente intervenir. De común acuerdo aconsejamos á sus padres no empleasen en su hija sino los medios higiénicos, suprimiendo en absoluto el fárrago inútil y perjudicial de medicamentos que hacía unos seis meses—tiempo que llevaba enferma — venía tomando. El padre, que tiene un elevado cargo en la Compañía de Ferrocarriles del Mediodía, pidió su traslado á Segovia, y desde entonces á la fecha viven en el magnífico pinar de San Rafael, donde ha recuperado la salud esta enfermita, desapareciendo las tuberosidades duras y dolorosas de su vientre, la diarrea, la fiebre; ha ganado en peso, etcétera, etc. Tanto á su médico, el Dr. Acero, que ha seguido con interés el caso y es quien me ha facilitado estos datos, como á mí, nos ha sorprendido agradablemente este éxito, porque, á la verdad, dudábamos se curase esta adolescente por la forma de la fimia peritoneal, por el sitio donde había tomado origen y evolucionado, y, por último, por los estragos que en su economía había hecho la in-

fección específica de su peritoneo, llevándola á un grado inconcebible de marasmo y enflaquecimiento.

Sigamos discurriendo. Enfermos hay de esta clase que se niegan á ser operados, y otros, tratados por médicos exclusivistas que no creen en la eficacia de la terapéutica quirúrgica, y sí en los medios higiénicos y farmacológicos. Esto nos ha permitido recoger tres observaciones bien estudiadas, que, sumadas á otras tantas de que tenemos noticia, prueban bien á las claras y una vez más los resultados fatales de los exclusivismos en terapéutica. En la consulta de enfermedades del aparato digestivo del Instituto Rubio, á cargo del Dr. D. Eduardo Moreno Zancudo, tuvimos ocasión de ver un muchacho de quince años, aprendiz de sombrerero, enfermo hacia cuatro meses, de color terroso, flaco como un tísico, que había perdido el apetito; que transcurrían cuatro, seis y hasta ocho días sin exonerar el vientre, que éste se le había abultado y padecía crisis dolorosas, que se exarcebaban grandemente cuando lo movía, y por las tardes tenía su acceso febril seguido de sudores profusos. Explorado por el profesor Moreno Zancudo, por su hijo, por el Dr. Yagüe y por mí, convinimos todos en que padecía este enfermo una peritonitis tuberculosa de forma seca, *tal vez* consecutiva á un tuberculoma hipertrófico del íleon y ciego con estenosis de algunas de estas asas intestinales. El profesor Moreno Zancudo indicó reiteradamente á sus padres la conveniencia de la intervención operatoria: éstos y el enfermo se negaron á ello; se le puso tratamiento farmacológico é higiénico, y tres meses después murió. Se me objetará que también podía haberse muerto á consecuencia de la operación; ciertamente, pero muy contados son los casos desgraciados sólo por practicarles la incisión abdominal: además, en este caso la laparotomía nos hubiera sacado de dudas sobre si existían ó no los tuberculomas y estenosis que nosotros presumíamos, indicándonos al mismo tiempo el plan operatorio que debíamos seguir.

Las otras dos observaciones se refieren á dos enfermas, ambas de buena posición, una joven, y otra que frisaba en los cuarenta años, que padecían de fimia peritoneal de forma ascítica, y que durante bastante tiempo fueron tratadas médica é higiénicamente. Al ver la ineficacia del tratamiento, las familias desearon oir otras opiniones; y aunque en las consultas celebradas se habló de la laparotomía, un reputado cirujano que tomó parte en ellas hizo presente que tarde se había pensado en este recurso heroico y positivo; que dado el estado de depauperación orgánica á que habían llegado estas enfermas—aunque la tuberculosis estaba circunscrita al abdomen,—ni la terapéutica médica ni la quirúrgica darían resultado. A ruegos de las familias, como recurso extremo y por si eran equivocados los juicios pronósticos de este cirujano, fué compelido á

operarlas, y, desgraciadamente, aquéllos se confirmaron. Pocos días sobrevivieron á la operación. Refiere este cirujano que no ha visto en su larga práctica—alrededor de treinta años—lesiones peritoneales como las observadas en estos dos casos: eran tan avanzadas, tan sépticas y mal olientes, que, hablando con propiedad, eran comparables á lesiones cadavéricas.

Tan divorciado del buen sentido está el médico que sistemáticamente laparotomiza ó manda intervenir á todo enfermo de peritonitis tuberculosa, como el que trata á estos enfermos única y exclusivamente echando mano de los recursos de la higiene y de la farmacología. Unos y otros se apartan de lo que la anatomía patológica y la clínica de consuno nos enseñan: á los primeros se les puede tachar de demasiado activos y en ocasiones peligrosos, pero á menudo favorecen al enfermo con operación tan inocente; á los segundos les preguntaría: ¿se hubiesen curado los casos III, IV y otros de los por mí intervenidos con la vida de campo y aire puro? ¿qué razón científica pueden alegar para no obrar en la peritonitis tuberculosa como en las demás colecciones líquidas patológicas, en que nadie discute su evacuación, salvo contadas excepciones?

***

De la abrumadora elocuencia de estos hechos y de las analogías y diferencias señaladas en los preliminares precedentes, se desprenden enseñanzas sobre la manera como debe intervenirse quirúrgicamente en esta enfermedad.

SER LO MENOS CIRUJANO POSIBLE; contentarse con abrir extensamente el vientre por la línea media, 10, 12 ó 15 centímetros; vaciar cuando se pueda su contenido patológico, y cerrar la herida abdominal empleando la sutura rápida de Jonnesco.

Esta es, en síntesis, la enseñanza fundamental de todo lo expuesto, y á la que atribuyo los resultados satisfactorios obtenidos en mi práctica, por haber ajustado mi manera de obrar á esta conclusión clínica. Ahora descendamos á detalles.

*a*) *Abrir extensamente el vientre por la línea media, 10, 12 ó 15 centímetros.*—Admítase cualquiera de las hipótesis que privan para explicar el por qué de la acción beneficiosa de la laparotomía (las principales son: la de Kichensky, la de Stchégoleff, la de Cecherelli y Gaspar d'Urso y la de Gatti), está justificado este proceder. Hay casos, sobre todo los de la forma seca, en que debe obrarse con mucha prudencia al abrir el abdomen, á fin de evitar la perforación de asas intestinales adheridas entre sí y al peritoneo parietal. (Véase la descripción de la operación del caso XIV) (*).

---

(*) En la tesis doctoral del Dr. Emilio Pernot sobre peritonitis tuberculosa crónica (París, 1901) hay un capítulo consagrado á la exposición abreviada de las distintas ex-

*b*) *Vaciar cuando se pueda su contenido patológico.*—En todas las formas de este proceso patológico, siempre que nos encontremos con exudado líquido ó masas caseosas ó filamentosas que con facilidad puedan sacarse al exterior, lo evacuaremos, secando después el peritoneo con compresas esterilizadas. Son innecesarios los lavados de la cavidad con agua esterilizada ó suero artificial; lo mismo se curan los enfermos con *toilette* del peritoneo que sin ella.

En la forma seca, por la disposición y consistencia de los exudados, nos abstendremos en absoluto de intentar nada, resultando por esto simplicísima y rápida la intervención.

En la forma ulceroso-purulenta hay que dejar convenientemente drenado el foco séptico, bien á través del fondo de saco posterior vagino-peritoneal, bien por incisiones laterales y oblicuas en las proximidades del ligamento de Poupart, ó bien con cura á lo Mikulicz á la altura en que se encuentra la colección purulenta.

Cuando en el curso de una laparotomía nos encontremos, además de la enfermedad peritoneal, con *procesos tuberculosos localizados en alguno de los órganos intra-abdominales* (anexos uterinos, ciego, apéndice vermicular, etc.), procederemos á su extirpación en los casos fáciles y teniendo en cuenta siempre el estado del enfermo. Estas operaciones complementarias ó indispensables, y sobre todo las enterectomías, en las que se invierte más tiempo, no deben practicarse sino en el caso que nos parezca que las fuerzas del paciente

---

plicaciones que se han dado al curioso fenómeno de la acción beneficiosa de la laparotomía en esta enfermedad; de la página 126 á la 129 copiamos lo siguiente:

Según Kichensky (1), el conjunto de los agentes químicos y físicos que intervienen en el curso de la laparotomía no tiene otro efecto que provocar una irritación inflamatoria de la serosa peritoneal. Esta última se manifiesta por una infiltración de células embrionarias, la fagocitosis y el desarrollo de tejido conjuntivo; fenómenos que darían por resultado la reabsorción de los elementos específicos tuberculosos y su enquistamiento.

Stchégoleff (2), experimentando en perros, ha observado los mismos fenómenos de reacción por parte de la serosa, después de inyecciones de productos tuberculosos en la cavidad abdominal. Según este experimentador, «los tejidos que rodean los focos tuberculosos se infiltran de células embrionarias que forman una verdadera barrera á la extensión del foco, y entran en lucha con los bacilos que éste encierra: los elementos jóvenes se organizan en tejido conjuntivo joven que, á su vez, sufre la transformación fibrosa, muriendo y reabsorbiéndose por fin los elementos específicos de la tuberculosis».

Estas son también las conclusiones á que han llegado Nanotti y Bacciochi, Bumm y otros. Investigaciones experimentales han sido verificadas sobre el hombre por Cecherelli y d'Urso (3). Este último, habiendo tenido ocasión de practicar 4 laparotomías sucesivas en una muchacha, ha hecho el examen histológico de las lesiones peritoneales después de cada intervención, y ha comprobado que la laparotomía provoca una invasión leucocitaria que acarrea la disgregación de células epitelioides con fragmentación de las células gigantes; una neoformación de vasos embrionarios continúa hasta el centro del tubérculo, y por fin la sustitución de este último por tejido inflamatorio.

Contrariamente á la opinión de todos estos autores, Gatti (4), en sus notables investigaciones sobre conejos de Indias, no ha observado ninguna reacción inflamatoria por parte del peritoneo, ni ha encontrado modificación alguna de las células peritoneales, ni afluyo de fagocitos, ni proliferación de fibroblastos. Ha notado únicamente la secre-

lo consentirán, bien en el curso de una laparotomía por fimia peritoneal, bien aplazando para una segunda intervención en espera de que se reponga algo el enfermo. Tampoco debemos olvidar el estado del peritoneo parietal y visceral, la extrema facilidad con que se desgarra y sangra en las manipulaciones operatorias; de ahí que respetemos las extensas adherencias membraniformes para evitar perforaciones intestinales y hemorragias en sábana, que retardan la operación inútilmente, comprometiendo su éxito (*). Otra razón de peso hay para obrar así: á todo cirujano que se haya dedicado á cirugía abdominal le habrá extrañado el fenómeno singular apuntado más arriba, cual es el fisiologismo casi normal del aparato digestivo de estas enfermas, á pesar del profundo cambio de estática de su parte más extensa, como son los intestinos, y de estar disminuído su peristaltismo por su aglutinación, acortamiento de los mesos, adherencias fuertes á la pared, etc. El ginecólogo tiene ocasión de ver con frecuencia en pelvi-peritonitis más ó menos extensas este estado abigarrado y laberíntico que forman entre sí los intestinos, epiplon mayor, aparato genital y peritoneo, funcionando con relativa normalidad el tubo digestivo; pues bien, si la economía de estas y aquellas enfermas se ha acomodado á esta nueva estática, ¿á qué empeñarnos en manipulaciones peligrosas para restablecer la estática normal de aquellas vísceras? Vuelvo á repetir, y nunca insistiré bastante: *ser lo menos cirujano posible.*

---

ción de una serosidad poco abundante, ligeramente teñida de rojo, y una degeneración hidrópica del protoplasma de las células epitelioides del centro del tubérculo, al mismo tiempo que los bacilos sufrían una fragmentación y concluían por desaparecer. El autor deduce de ello que la regresión del tubérculo no es debida á una reacción inflamatoria del peritoneo ni á una activa proliferación del tejido conjuntivo, sino que se efectúa por simple disgregación de los elementos constitutivos del tubérculo. Tal disgregación se debe á la acción especial de la exudación que la serosa peritoneal segrega bajo la influencia de la laparotomía.

La formación de esta serosidad ligeramente sanguinolenta, á la cual Gatti atribuye propiedades bactericidas, ha sido también comprobada por Hildebrandt (5), quien al mismo tiempo ha visto una hiperemia venosa intensa de toda la serosa peritoneal, admitiendo que el éxtasis venoso puede ser una condición desfavorable al desarrollo del bacilo y hasta constituye uno de los factores de la curación.

Verdaderamente, dados nuestros conocimientos actuales en patología general sobre el papel de los fagocitos para la reabsorción de los productos mórbidos, se experimenta cierta vacilación en admitir las conclusiones de Gatti, y más bien se inclina uno á admitir el proceso curativo descrito por Kichensky, Stchégoleff, Urso y otros. Pero, á pesar de todas estas numerosas y minuciosas investigaciones, nos vemos forzados á reconocer que la interpretación del papel curativo de la laparotomía no ha sido dada todavía de una manera definitiva.

(*) En el Instituto Rubio tuve ocasión de laparotomizar á una joven de diez y siete años por anexitis tuberculosa doble. Los anexos de ambos lados estaban ocultos por neomembranas planas; intenté, con una sonda acanalada y los dedos, poner al descubierto la trompa y el ovario izquierdo; desistí de continuar la maniobra apenas comenzada; puse cura á lo Mikulicz, y cerré el resto de la herida abdominal. Ocho días después se estableció una fístulita estercorácea; á los seis meses se murió de consunción.

*c) Cerrar la herida abdominal empleando la sutura rápida de Jonnesco.*—Acostumbro á cerrar la herida abdominal, por entender que la práctica de dejarla abierta en parte—como hacen algunos cirujanos—entraña más peligro, y además porque se impone al organismo un exceso en el trabajo de eliminación de productos sépticos y de reconstitución estructural de los tejidos enfermos—tan distinto al empleado por aquél cuando el abdomen está cerrado,—que debilita sin necesidad á los enfermos, bastante depauperados ya cuando se interviene, y tal vez no sea ajena á esta práctica el que algunos pierdan la vida.

La formación de abscesos eliminadores de que hablamos más arriba, en vez de abonar por la técnica de dejar abierta la herida abdominal, habla en favor de la técnica contraria, por dos razones: la primera y más importante, que al peritoneo enfermo no se le priva de su «probada» vigorosa acción vital para luchar ventajosamente contra el agente específico infectante y los productos inmediatos por éste elaborados, á la manera que lo hace en los enfermos que se curan espontáneamente; y la segunda razón es que al trayecto ó trayectos fistulosos que ponen en comunicación el interior de la cavidad abdominal con el exterior, puede considerárseles como emunctorios artificiales que auxilian á los naturales, dando salida á los exudados inflamatorios líquidos en pequeñas cantidades y con tal lentitud que el estado general de los enfermos no sólo no se resiente, sino que mejora, ganando en fuerzas y peso.

En aquellos casos en que por las condiciones del terreno, por la virulencia de la infección, por haber acudido tarde á la intervención ó por cualquier otra causa, vuelve á llenarse la cavidad abdominal de exudados, recurro á la laparotomía iterativa (ó de repetición), que ha tenido en Galvani, de Atenas (1), un valiente y entusiasta defensor, á la par que propagandista. Otros muchos cirujanos se han valido de la laparotomía iterativa para luchar contra las tuberculosis peritoneales rebeldes; entre ellos merecen citarse Legueu, Gaspar d'Urso, Cecherelli, Wheeler, Hendrich, Alexandroff, Richelot y otros.

Sólo en una enferma (caso núm. III) he practicado con éxito la laparotomía repetida; por tanto, me faltan elementos de experiencia para emitir juicios sobre este método tan calurosamente defendido por Galvani.

---

(1) Dos publicaciones en la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* (1897 et 1899). Comunicación sobre el mismo asunto presentada en el Congreso de París de 1900, por los resultados favorables obtenidos en un total de 134 operados.

## CONCLUSIONES

Sintetizando las ideas emitidas sobre el tratamiento, y hasta que el profesor Behring ó algún otro nos comunique la manera de curar la tuberculosis, «proporcionando un día de alegría indescriptible á la Humanidad y á la Ciencia, é inscribiendo una fecha memorable en los fastos de la historia de la Medicina», séanos permitido humildísimamente exponer en pocas conclusiones, y á título de provisionales, el resultado de nuestra experiencia personal.

I. La peritonitis tuberculosa crónica se cura espontáneamente, merced á la vigorosa acción vital de la serosa enferma, reaccionando contra el agente patógeno. Esto ocurre con algunos enfermos, no con todos los afectos de esta enfermedad.

II. La *simple* incisión abdominal cura muchos procesos inflamatorios peritoneales y algunos viscerales; en los casos contados que no cura, alivia. Entre los primeros se cuenta la peritonitis tuberculosa crónica, hecho indiscutible y comprobado hace años por la experiencia de cirujanos de valía; por consiguiente:

III. A todo enfermo de peritonitis tuberculosa—en sus formas ascítica y seca—se les debe someter un tiempo prudencial á tratamiento médico é higiénico simultáneamente ó sólo á este último; y cuando se vea su ineficacia, sin esperar á que se disminuyan ó agoten sus defensas naturales para luchar contra la infección, recurriremos á la terapéutica quirúrgica.

Por lo observado en los enfermos que se curan espontáneamente, creemos que el médico dispone de un conjunto de datos más que suficiente para orientarse y predecir de una manera relativa qué casos curarán espontáneamente y cuáles otros necesitarán de la cirugía. En los primeros, la fiebre, la astenia, el adelgazamiento, los sudores son poco graduados; regularmente no tienen diarrea ó la tienen escasa; los exudados inflamatorios coleccionados en el vientre son en pequeña cantidad: de ahí que lo abulten sin exageración, sufriendo oscilaciones apreciables en su volumen de un día á otro ó en un corto número de días, pero con tendencia marcada á la disminución; modificaciones de volumen que nos dicen haberse iniciado el movimiento de absorción de los exudados y, por consiguiente, la fase evolutiva de la enfermedad hacia la curación. A los segundos les caracteriza lo contrario: los síntomas son más acentuados; el volumen del vientre, mayor; no disminuye, más bien aumenta; en ocasiones permanece estadizo; pero la fiebre, la hiperquinesia cardíaca y la diarrea nos evidencian la virulencia de la infección y la extensión de la serosa inflamada, indicándonos que debemos recurrir á la laparotomía.

IV. Si evidente y beneficiosa resulta la incisión abdominal en la forma ascítica de esta enfermedad, más clara y directa, si cabe, es su influencia en la forma seca, fibrino-plástica ó tuberosa, pues obra provocando el reblandecimiento y licuefacción de los exudados sólidos intra-abdominales y su salida al exterior por uno ó varios trayectos fistulosos consecutivos á la intervención. Además, en esta forma de fimia peritoneal no tenemos el recurso de la paracentesis, como en la ascítica; nos vemos obligados á elegir entre el tratamiento médico ó la laparotomía.

V. Por causas ya señaladas más arriba en este trabajo, no aconsejamos la práctica de la punción abdominal, por conceptuarla peligrosa; pero casos hay, por el mal estado general de los enfermos, en que el espíritu vacila entre la paracentesis y la incisión abdominal: debe preferirse esta última, practicada con anestesia local.

Terminamos copiando un concepto de Jalaguier:

*La laparotomía es una probabilidad de curación de la que no se debe privar al enfermo: se va á ganar todo, y nada á perder.*

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Kichensky: *Centralbl. f. Allgem. Pathol. und Pathol. Anat.*, 1893, núm. 21.
(2) Stchégoleff: *Archives de méd. experim.*, 1894.
(3) Gaspar d'Urso: X réunion de la Societé ital. de chir. Roma, 26-29 Octubre 1895. *Il Policlinico*, 1896.
(4) Gatti: *Riforma medica*, 1897.
(5) Hildebrandt: *Munch. med. Woch.*, 1898.

| NÚMERO de la observación. | NOMBRE DEL OPERADOR | EDAD | FORMA DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA | COEXISTENCIA CON OTRAS LESIONE TUBERCULOSAS Ó DE O NATURALEZA |
|---|---|---|---|---|
| I | García de Arias. | 28 años. | Forma ascítica; siembra de tubérculos. | Quiste unilocular del o rio derecho. |
| II | Gutiérrez. | 17 años. | Exudado plástico sin apariencia de tubérculos; período de enquistamiento; pseudomembranas adherentes. | Salpingo - ovaritis do primitiva (tuberculo |
| III | García de Arias. | 26 años. | Forma ascítica; siembra confluente de tubérculos finísimos.—En la segunda intervención, como si estuviese enquistado el líquido. | » |
| IV | García de Arias. | 26 años. | Forma ascítica; muchos tubérculos; abundante exudado líquido amarillo y turbio; ocho litros y medio se evacuaron en el acto operatorio. | Anexitis doble, quísti de contenido purulen Enterocolitis tuberculo |
| V | García de Arias. | 35 años. | Forma ascítica; extensas y gruesas neomembranas; el líquido, pardusco y turbio. | Salpingo - ovaritis do tuberculosa. El con nido de las tubas e masas caseosas. |
| VI | García de Arias. | 41 años. | Forma ascítica en período de enquistamiento; no se vieron tubérculos. | *Parece* tratarse de un ca de tuberculosis pleu peritoneal subaguda. |
| VII | García de Arias. | 29 años. | Forma ascítica; siembra confluente de tubérculos; dos quistes adventicios; el líquido, de color ambarino. | Tuberculosis de los ga glios retroperitoneal |
| VIII | García de Arias. | 13 años. | Forma ascítica; tubérculos finísimos en abundancia; peritoneo engrosado. | » |
| IX | García de Arias. | 27 años. | Siembra discreta de tubérculos en el peritoneo pelviano, *aún sin exudados.* | Anexitis doble supurad tuberculosa y primiti |
| X | García de Arias. | 27 años. | Serosas peritoneal, pelviana y de algunas asas intestinales, sembradas de tubérculos; exudado líquido, 90 gramos; masas caseosas. | Anexitis doble tubercul sa y primaria. Adhere cias de los intestinos los anejos. |
| XI | Cospedal. | 25 años. | Peritoneo parietal muy engrosado, múltiples membranas filamentosas de color amarillo grisáceo; 10 litros de exudado peritoneal serosanguinolento enquistado. | » |

| NÚMERO de intervenciones. | INTERVALO ENTRE LAS DIFERENTES OPERACIONES | DETALLES OPERATORIOS | COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|
| 1 | » | Ovariotomía; lavado con suero Tavel (1897). | » | Curación. Tres años de observación. |
| 1 | » | Salpingo-ooforectomía doble; lavado con suero (5 Mayo 1899). | » | Curación. Observación seguida durante dos años. |
| 2 | Un año, tres meses y veinte días. | Laparotomía oblicua derecha; evacuación de doce litros (27 Diciembre 1899). — Segunda laparotomía media; lavado con suero (8 Abril 1901). | » | Puede creerse en su curación. Lleva cinco años y medio gozando de salud. |
| 10 | De la 1.ª á la 2.ª, 41 días.<br>» 2.ª » 3.ª, 13 »<br>» 3.ª » 4.ª, 16 »<br>» 4.ª » 5.ª, 25 »<br>» 5.ª » 6.ª, 31 »<br>» 6.ª » 7.ª, 21 »<br>» 7.ª » 8.ª, 34 »<br>» 8.ª » 9.ª, 65 »<br>» 9.ª » 10.ª, 17 meses. | Salpingo-ooforectomía bilateral; lavado con suero (6 Junio 1900).<br>Ocho paracentesis.<br>Una toracentesis. | Reaparición del exudado líquido á los ocho días de operada. | Curación. Cuando comenzó á convalecer (1902) pesaba 40 kilos; hoy día pesa 71 kilos y medio. |
| 1 | » | Salpingo-ooforectomía doble, previa evacuación de unos cinco litros de líquido (21 Abril 1905). | » | La enferma continúa bien: no se ha llenado el vientre de líquido. Han transcurrido diez y siete meses. |
| 1 | » | Laparotomía media é infraumbilical; evacuación de cinco litros de líquido amarillo turbio (19 Diciembre 1905). | Bronco-pneumonía doble de la base de los pulmones. Investigación de los esputos, negativa. (A. Mendoza.) | Han transcurrido nueve meses: la enferma continúa bien. No hay recidiva. |
| 2 | Veintiséis días. | Incisión media; resección de la cicatriz umbilical (8 Mayo 1906); 5 Junio, paracentesis. | » | Bien de estado general: va reabsorbiéndose el exudado peritoneal. |
| 1 | » | Laparotomía; evacuación de líquido amarillo (9 Mayo 1906). | » | Continúa bien, y sin coleccionarse líquido en el vientre. |
| 1 | » | Extirpación de los anejos enfermos, que eran bastante voluminosos; cura á lo Mikulicz (1.º Febrero 1905). | Angiocolitis troncular pasajera, por la acción del cloroformo. | Curación. El estado general y el local, satisfactorios. Han transcurrido diez y nueve meses. |
| 1 | » | Laparotomía; destrucción de algunas adherencias (26 Febrero 1906). Se comprobó la naturaleza tuberculosa por la inoculación en un conejo. | » | Ha mejorado notablemente, aumentando 7 kilos de peso en los siete meses siguientes á la operación. |
| 1 | » | Incisión media é infraumbilical; evacuación del líquido y extracción de las neomembranas. No se veía ninguna víscera abdominal (15 Febrero 1906). | » | No se ha vuelto á coleccionar líquido en el abdomen. Muy mejorada la he visto en 28 Septiembre. |

| NÚMERO de la observación. | NOMBRE DEL OPERADOR | EDAD | FORMA DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA | COEXISTENCIA CON OTRAS LESIONES TUBERCULOSAS Ó DE OTRA NATURALEZA |
|---|---|---|---|---|
| XII | Blánc. | 21 años. | Forma ascítica enquistada. | Infección secundaria de la serosa uterina de sus anexos. |
| XIII | García de Arias. | 19 años. | Forma ascítica. | Anexitis doble tuberculosa. |
| XIV | García de Arias. | 44 años. | Forma fibrinoplástica; grandes masas de exudados sólidos; se vieron tubérculos. El microscopio demostró su naturaleza tuberculosa. | » |
| XV | García de Arias. | 22 años. | Forma seca; abundantes exudados sólidos. | » |
| XVI | García de Arias. | 19 años. | Forma seca; muchas masas de exudados fibrinoplásticos y una pequeña colección enquistada líquida, unos cien gramos. | Tuberculosis pulmonar poco extensa y poco profunda; pleuritis de la misma naturaleza. |
| XVII | García de Arias. | 21 años. | Forma ulcerosa. Se diagnosticó de flemón alto del ligamento ancho derecho. Después de la segunda intervención vimos se trataba de un tuberculoma del ciego y de un absceso ilíaco profundo, que tal vez tenía su origen en un proceso de la misma naturaleza de las vértebras lumbares ó de sus apófisis. | Apendicitis tuberculosa primitiva. Al estallar el cólico apendicular abortó; estaba en su primer embarazo, y había tenido tres faltas. En el puerperio, fiebres, diarrea y adelgazamiento. Se comprobó por la inoculación en cavia la naturaleza tuberculosa de la enfermedad. (Moreno |
| XVIII | García de Arias. | 29 años. | Peritonitis tuberculosa incipiente con quistes adventicios en el espacio vésico-uterino. | Anexitis bilateral y enteritis tuberculosas. ¿Cuál fué el primer órgano infectado? |
| XIX | Bravo (D. Juan). | 32 años. | Forma ascítica; volvió á llenarse de líquido el vientre después de la operación. | » |
| XX | Acero y García. | 28 años. | Forma ascítica; intestinos aglutinados; la colección líquida, en período de enquistamiento; muchos tubérculos. | » |
| XXI | Acero y García. | 17 años. | Forma ascítica; el exudado líquido sanguinolento, escasamente un litro, y comenzando á enquistarse. | » |

| de intervenciones. | INTERVALO ENTRE LAS DIFERENTES OPERACIONES | DETALLES OPERATORIOS | COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|
| 1 | » | Laparotomía media (25 Junio 1906). | » | En observación. |
| » | » | Se le puso tratamiento higiénico, que lo siguió desde 1901 á 1903, tiempo que tardó en curarse. | » | Curación espontánea; lleva tres años (1904, 5 y 6) gozando de salud. |
| 1 | » | Incisión media, y por no conseguir abrir el vientre se abrió éste por una incisión pequeña y oblicua á la derecha, todo en una sesión (17 Mayo 1902). | Invasión bacilar de ambos pulmones en Agosto 1903. Murió el 23 de Diciembre de 1904. | Curación de la lesión extensa peritonea. en los ocho meses siguientes á la intervención. |
| 1 | » | Laparotomía media infraumbilical y extensa (22 Marzo 1905). | » | Curada de la peritonitis; salud buena han pasado diez y nueve meses. |
| 1 | » | Laparotomía y evacuación del exudado líquido enquistado en una geoda (Julio de 1904). | Los dos días siguientes dos accesos de fiebre alta. | Se murió á las setenta y siete horas de operada. |
| 5 | No conservamos las fechas de estas intervenciones. Se practicaron en el transcurso de tres meses. | 1.ª operación. — Incisión por debajo del ligamento de Poupart, sin abrir el vientre.<br>2.ª—Enterectomía; resección de 12 centímetros de íleon donde estaba la perforación.<br>3.ª, 4.ª y 5.ª — Enterorrafias de las distintas perforaciones espontáneas que ocurrieron en el ciego; inútiles (Mayo á Julio 1903). | A los tres días de la primera intervención comenzó á salir excremento por la herida.<br>Después de la segunda, á los ocho días, se perforó espontáneamente el ciego y continuó la salida de heces fecales. | Murió de consunción á los ocho días de llegar á su casa, pueblo de la provincia de Badajoz. |
| 1 | » | Laparotomía; destrucción de adherencias omentales y rotura de los quistes adventicios (4 Octubre 1905). | Persistió la diarrea; mejoró de los dolores del vientre. | Murió á mediados de Febrero de 1906. |
| 1 | » | Paracentesis y paso por la cánula de una corriente de aire esterilizado. Fué operada en el Hospital Provincial. | » | Curación por reabsorción espontánea del líquido peritoneal. |
| 1 | » | Laparotomía media; evacuación de unos dos litros de líquido (12 Mayo 1899).<br>Lavado con suero artificial. | » | Curación. Continúa bien después de siete años de operada. |
| 1 | » | Laparotomía central; lavado con suero (14 Febrero 1904). | » | Goza de buena salud. |

# SOBRE NUESTROS PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO MÉDICO-LEGAL DE LAS MANCHAS DE SANGRE

**(Trabajos realizados por los Dres. Sarda, Caffort, Derrien y Dusser, en la Facultad de Montpellier, confirmando nuestros estudios.)**

POR ANTONIO LECHA-MARZO

**Interno de la Facultad de Medicina de Valladolid.**

En 1905 dimos á conocer en los *Archivio de Psichiatria, Medicina legale ed Antropologia Criminale* (vol. XXVI, fasc. VI) un nuevo procedimiento para el diagnóstico médico-legal de las manchas de sangre, fundado en la obtención de los cristales de hemocromógeno y de iodo-hematina. Los reconocimientos practicados después fueron verdaderamente favorables, y publicamos un segundo artículo en la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, núm. 923, correspondiente al 21 de Marzo de 1906, en el que describimos con mayor extensión dicho procedimiento; pero además expusimos por primera vez otro nuevo procedimiento, que está llamado á rendir en la práctica grandes servicios para la fácil obtención de los cristales de hemina: consiste en tratar la costra ó solución sanguínea por cloro, piridina y sulfuro de amonio.

Estábamos lejos de sospechar que á nuestros estudios se les había de conceder la importancia que se les ha asignado. El sabio profesor de Medicina legal en la Facultad de Montpellier, Dr. G. Sarda, y el Dr. Caffort, exinterno de los hospitales de Constantina, han presentado recientemente á la Academia de Ciencias de París una comunicación (leída por Bouchard) donde analizan los dos procedimentos, después de numerosos ensayos sobre los mismos. El doctor Caffort ha dedicado su tesis de doctorado (1) al estudio de nuestro procedimiento del cloro y los reductores, llegando á conclusiones muy favorables para nosotros.

Además, en varios laboratorios nacionales y extranjeros han sido ensayados con el éxito más lisonjero.

Resumiremos brevemente el método para la obtención de cristales de iodo-hematina (quien desee más detalles podrá consultar nuestras monografías), pues necesitamos insistir sobre el procedimiento del cloro y los reductores, que parece alcanzar la preferencia por parte de los autores franceses. Además, hay aquí un hecho que pudiera pasar desapercibido, y sobre el cual llamamos la atención.

*Procedimiento para la obtención de cristales de hemocromógeno*

---

(1) J. C. Caffort: *Sur un nouveau procédé d'obtention des cristaux d'hémine.* Montpellier, 1906.

*y de iodo-hematina.*—He aquí la técnica de nuestro procedimiento, que Caffort, por su sencillez, considera muy superior desde el punto de vista práctico al procedimiento de Strzysowski, que consiste en tratar la sangre por un reactivo especial á base de ácido iodhídrico.

Se deposita sobre un portaobjetos una gota de solución sanguínea ó un fragmento de la mancha, aunque sea muy pequeño ó de antigua data, lo cual aumenta innegablemente el valor médico-legal de la reacción; se añade un poco de iodo en solución acuosa ó alcohólica, y sucesivamente, con una varilla de vidrio la piridina, y en menor cantidad el sulfuro de amonio; en seguida se aplica el cubreobjetos, sin comprimir demasiado, y no tardarán en formarse los cristales. La cristalización tiene lugar en el momento en que se mezclan los tres reactivos.

Decíamos en nuestra segunda Memoria: «La piridina, en virtud de sus propiedades básicas y reductoras, transforma la oxihemoglobina en hematina alcalina, que á su vez se convierte en hematina reducida mediante la acción de la misma piridina y del sulfuro amónico, para combinarse con el iodo, formando la *iodo-hematina*, que se separa en estado de pureza, cristalizando con gran facilidad».

Caffort y Derrien, jefe este último de trabajos de química biológica de la Facultad de Montpellier, admiten el principio general de la reacción tal como nosotros lo hemos explicado; pero ellos agregan que el hemocromógeno no transformado es debido á dos causas: á una insuficiencia de oxidación, y, en segundo lugar, á un exceso de reductor existente casi siempre en la reacción. Por esto conceden más valor al procedimiento, ideado también por nosotros, del cloro y los reductores. «La primera de estas causas—continúan los autores—debe evidentemente estar disminuída cuando se hace uso de la solución de cloro, y la acción del reactivo ser más fácil y más completa que con los otros cuerpos de la serie».

El color de los cristales varía desde el rojo-anaranjado del iodo al rojo intenso; son birrefringentes; tienen la forma de agujas ó de tabletas romboidales (semejantes á los cristales de Teichmann), aisladas ó agrupadas en dos, en cuatro, en ocho, en diez, en doce ó más. Los cristales que forman algunas estrellas aparecen como incurvados. Caffort ha mostrado su conformidad con nuestra descripción de los cristales de iodo-hematina, transcribiéndola en su Memoria (página 23).

La solución alcohólica iodada debe contener como *óptimum* un 2 por 100 de ioduro potásico; la que empleo con más frecuencia tiene la siguiente composición:

| | | |
|---|---|---|
| Iodo..... | 2,5 | gramos. |
| Ioduro potásico..... | 0,5 | » |
| Alcohol de 96°..... | 25 | » |

La preparamos en frío, rápidamente, y conservamos en frascos pequeños esmerilados.

Se pueden también utilizar soluciones acuosas, no importando tampoco que tengan alguna cantidad de ioduro potásico. Se obtienen cristales bastante fijos con la solución iodada siguiente:

| | | |
|---|---|---|
| Iodo | 4 | gramos. |
| Ioduro potásico | 2 | » |
| Agua destilada | 100 | » |

Caffort ha empleado estas soluciones propuestas por nosotros; pero la solución acuosa le parece actuar de una manera más satisfactoria.

Este autor ha confirmado los diversos detalles de técnica sobre los cuales hemos insistido en nuestras Memorias, pues en algunos casos dependen de ellos los resultados del examen. Indica el peligro señalado por nosotros de que un exceso de reductor pueda disolver los cristales; adopta también las técnicas preparatorias propuestas (1), variables según el estado de la sangre.

*Nuevo procedimiento para la obtención de los cristales de cloro-hematina.*—Permítasenos reproducir, pues alguien intenta omitir esta parte de nuestros estudios, las palabras que á este procedimiento, ideado por nosotros, dedicamos en la segunda Memoria publicada en Marzo de 1906:

«Sustituyendo la solución de iodo por una acuosa de cloro, se obtienen cristales de *clorhidrato de hematina*, *cloro-hematina*, *hemina* ó de Teichmann (con todos estos nombres se les conoce), que difieren de los obtenidos con ácido acético y cloruro de sodio en el color, el cual es menos oscuro. Los obtenidos con el primero de estos dos procedimientos son de color rojo intenso ó moreno brillante, y por el contrario, utilizando el ácido acético glacial y la sal marina ó el ácido hidroclórico, como aconseja el profesor Carracido, son de color moreno oscuro casi negro.

»*Este otro método puede sustituir con ventaja al de Teichmann* (que reclama mucho cuidado y paciencia, á pesar de lo cual los resultados no son siempre positivos); con aquél se obtienen muy fácilmente tabletas ó bastoncillos romboidales de cloro-hematina, pues no hay más que mezclar los tres reactivos *(cloro, piridina* y *sulfuro amónico)* para que se formen en el acto y en número extraordinario, sin el concurso de la acción del calor» (Lecha-Marzo).

Caffort, como veremos ahora mismo, ha dado la confirmación

(1) Véase nuestro trabajo: *Un nuevo procedimiento para el diagnóstico médico-legal de las manchas de sangre*, pág. 8. Administración de la *Rev. de Med. y Cir. pract.* Marzo de 1906; repr. por *Les Causeries Médicales*, de París.

más completa de nuestros estudios; nos atribuye justificadamente la paternidad del procedimiento de la iodo-hematina, pero al describir el nuevo procedimiento para la obtención de los cristales de hemina no indica que ha sido también ideado por nosotros. No se trata aquí de observaciones hechas á la vez; el doctor Caffort publicó sus trabajos varios meses después que los nuestros, y, como indica en su Memoria, estos le han servido de guía. Él ha consultado nuestra segunda Memoria, puesto que la cita y recomienda; en la suya no hace más que insistir sobre lo que ya habíamos dicho.

**Cristales de hemocromógeno y de clorohematina obtenidos por el procedimiento de *Lecha-Marzo* (según *Caffort*).**

Quiero suponer, por lo tanto, que el doctor Caffort rectificará en seguida, afirmando que el procedimiento del cloro y de los reductores ha sido ideado por nosotros. No estamos dispuestos á dejarnos arrebatar lo que nos pertenece: sería una cobardía incomprensible por parte nuestra.

No nos explicamos la ligereza de Caffort más que por la elegancia y sensibilidad de la reacción.

Sin embargo, no he de restar importancia á los estudios de este autor, pues ha conseguido demostrar, con sus numerosas experiencias, el valor indiscutible del nuevo método y la verdad de todas nuestras afirmaciones.

Ha adoptado la técnica descrita y utilizado en sus experiencias sangre de especies diversas, de fecha más ó menos antigua y que se encontraban en condiciones diferentes. Ha obtenido siempre fá-

cilmente cristales de cloro-hematina, en número á veces extraordinario. Ha observado las mismas formas descritas por nosotros (véase la figura) y establece también la diferencia del color, como nosotros lo habíamos hecho, de los cristales obtenidos con el procedimiento Teichmann y con el nuestro. Hay también al lado de los cristales de cloro-hematina cristales de hemocromógeno.

Caffort ha obtenido con nuestro procedimiento del cloro y los reductores y con manchas de sangre de conejo, datantes de algunos días, preparaciones verdaderamente notables: mostraban en un mismo campo microscópico todas las formas de cristales de hemina que se han señalado, desde el estado granuloso hasta las largas tabletas romboidales, pasando por todas las agrupaciones características y todas las dimensiones.

Decía en mi segunda memoria (Marzo de 1906): «De los muchos reconocimientos que he practicado con sangre de animales, he llegado á deducir que los cristales de hemocromógeno y de iodo-hematina cristalizan en todas las sangres con formas muy parecidas».

Caffort ha dado también la confirmación de estos reconocimientos. Ha ensayado mi reacción para la obtención de cristales de hemina con sangre de diferentes especies (hombre, perro, asno, conejo, etcétera), y no ha podido encontrar, en la forma ó en la agrupación de cristales, ningún carácter particular que permita hacer un diagnóstico de especie. Estos reconocimientos sobre la identidad de los cristales de hemina obtenidos con la sangre de distintos animales, los había ya realizado, antes que Caffort, el doctor Szgetti.

Caffort, poniendo en práctica nuestro método del cloro y los reductores, ha confirmado también una observación de nuestro excelente amigo el doctor A. De Dominicis (del Instituto de Med. leg. de la Real Universidad de Pavía). De Dominicis (1), tratando la sangre fresca de algunos animales por piridina y sulfuro amónico, ha observado retardo en la formación de los cristales de hemocromógeno, lo cual puede estar relacionado con la mayor resistencia de los hematíes, por la que el pigmento sanguíneo tarda en separarse del estroma globular.

Caffort ha experimentado mi procedimiento del cloro y los reductores con manchas de sangre situadas en diversos tejidos y objetos, y de algunos días, varias semanas, un mes, un año, dos, tres y aún más de antigüedad. Se ha colocado así en todas las condiciones posibles de diagnóstico, y siempre ha obtenido resultados perfectos.

---

(1) A. De Dominicis: I cristalli di emocromogeno dalle macchie di sangue (Trabajos del Instituto de Medicina legal de la Real Universidad de Pavía; director, profesor G. Filomusi-Guelfi, Milán, Allegretti, 1902).

Respecto á la influencia del hierro y sus compuestos en la reacción del iodo y los reductores, decíamos en nuestra memoria publicada en Marzo de 1906 lo siguiente:

«El hierro no constituye un obstáculo para la reacción: mezclando sangre con sesquióxido de hierro hidratado (herrumbre), y tratándolo después de haberlo desecado con iodo, piridina y sulfuro de amonio, se obtienen cristales cuyas dimensiones no son inferiores á las de los cristales obtenidos de sangre pura; son más numerosos alrededor de los gránulos de limaduras de hierro, y algunos parecen estar incrustados sobre los gránulos citados, como si éstos desempeñaran el papel de núcleos de cristalización. El cloruro férrico (percloruro de hierro) no impide la reacción. Mezclando sangre fresca con carbonato de hierro, é intentando la reacción á los ochenta días, he obtenido buenas cristalizaciones. Pero aún hay más todavía: se obtienen resultados también bastante favorables aunque se mezcle la sangre con gránulos de limaduras de hierro y ácidos orgánicos.»

Se comprende fácilmente que la influencia será análoga en la reacción del cloro y los reductores, por lo cual no quise entonces incurrir en inútiles repeticiones.

El Dr. Caffort, ayudado por Dusser, preparador de Medicina legal en la Facultad de Montpellier, ha confirmado esta parte de mis estudios en el procedimiento del cloro y los reductores. Las limaduras de hierro, en parte oxidadas, no impidieron la reacción. Depositaron también sobre objetos de hierro algunas gotas de una solución hecha con viejas manchas de sangre, y tuvieron así después de algún tiempo manchas de herrumbre que contenían muy pequeña cantidad de sangre. Hicieron una disolución de estas manchas con un poco de agua destilada, y ensayaron mi procedimiento del cloro y los reductores. Entre las partículas y masas grisáceas de herrumbre se observaban numerosos cristales de cloro-hematina, con todos sus caracteres, pero sobre todo notables por su color rojo vivo, que resaltaba sobre el fondo oscuro de la preparación. No dudamos que con el procedimiento ordinario—dice Caffort—hubiera sido imposible obtener en este caso un resultado positivo.

Caffort ha confirmado además la sensibilidad de nuestra reacción: ha obtenido resultados positivos aun con soluciones muy diluídas.

El mismo autor recomienda para conservar los cristales durante largo tiempo el medio que nosotros propusimos, y que había sido propuesto para la conservación de los cristales de hemocromógeno por Donogany, Kobert, De Dominicis y Cevidalli: consiste en rodear el cubreobjetos con bálsamo del Canadá disuelto en xilol, con el doble fin de impedir la entrada dé aire y de cuerpos extraños. Los cristales de iodo-hematina y de cloro-hematina obtenidos con

nuestros procedimientos se conservan por más tiempo que los de hemocromógeno, y pueden servir, por consiguiente, de piezas de convicción ante los magistrados.

Hemos llegado al final de nuestro trabajo. Como nuestra opinión sobre el nuevo método para la obtención de los cristales de cloro-hematina pudiera parecer apasionada, nos contentaremos con transcribir las conclusiones del Dr. Caffort, quien después de numerosos reconocimientos da su opinión sobre el procedimiento de Teichmann y el nuestro del cloro y los reductores.

«La reacción que permite obtener los cristales de cloro-hematina, tratando la sangre por una solución de cloro, la piridina y el sulfuro de amonio, constituye un excelente procedimiento de diagnóstico. El procedimiento clásico por el cloruro de sodio y el ácido acético exige, en realidad, un verdadero *tour de main*. Frecuentemente es necesario hacer un gran número de preparaciones antes de obtener una buena; y aun con esmero y paciencia no se llega siempre á un resultado satisfactorio. Es preciso en ocasiones calentar la preparación varias veces, agregar un poco del uno ó del otro reactivo para obtener los cristales, cuyo reconocimiento es ordinariamente bastante difícil.»

Después proclama las ventajas considerables de nuestro método. «Primeramente, es de una técnica extremadamente fácil. Es suficiente mezclar sobre la lámina portaobjetos tres gotas de reactivo, y se obtiene inmediatamente, sin el concurso del calor, una cristalización excesivamente abundante.

»Los cristales así obtenidos aparecen fuertemente coloreados; se facilita así su reconocimiento y observación.

»La reacción, en fin, es muy sensible. Permite hacer un diagnóstico positivo en muchos casos en que el método clásico frustraría.»

Cree Caffort que nuestro procedimiento para la obtención de cristales de cloro-hematina puede rendir los más grandes servicios al médico experto que desee segura y fácilmente hacer un diagnóstico de las manchas de sangre. «*Reemplazará ventajosamente al procedimiento clásico de Teichmann, al cual nos parece superior por la sencillez de su técnica, su sensibilidad y sus resultados.*»—(Sarda y Caffort.)

Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Valladolid, 6 Diciembre 1906.

# APUNTES DE CLÍNICA MÉDICA

POR EL DR. D. ANTONIO MUT
Del Instituto Rubio.

La Medicina española, rica un día en bibliografía propia, llena de sensatez clínica, trasunto fiel de lo observado á la cabecera de los enfermos, práctica ante todo, y honrada como pocas, está hoy anulada completamente por la extranjera, tan invasora que acobardados nos tiene, y tan prolífica que apenas queda tiempo para enterarse de sus numerosos engendros, no todos sanos y vigorosos. Tan enérgica é intensa es dicha penetración, que, no dejando espacio ni lugar para pensar por cuenta propia, agota nuestras iniciativas y nos pone á merced de lo que puedan dar de sí los cerebros franceses y alemanes principalmente, sea lo que sea y valga lo que valiere. Pero á fe que no siempre hemos de deglutir las píldoras que nos quieran administrar sin analizar su contenido. ¡Lástima grande que plumas mejor cortadas que la mía no se tomen la molestia de reaccionar contra lo mal comprendidas que están por las escuelas médicas extranjeras esas enfermedades constitucionales, elemento principalísimo de otras secundarias y determinadoras del carácter morboso del sujeto!

Nuevamente ha salido en Francia á colación el estudio de lo que llaman *reumatismo tuberculoso*. Invención clínica que era obligada después de admitir los pseudos-reumatismos blenorrágico, erisipelatoso, diftérico, piohémico, escarlatinoso, etc., etc. Lo que habrán dicho los clínicos franceses, consecuentes con lo suyo: después de todo, ¿qué importa un pseudo más? Y allá va el pseudo-reumatismo tuberculoso por esos mundos de Dios, sembrando la confusión y la duda y las dificultades diagnósticas entre los clínicos, que de fijo ya no saben ni si existe reumatismo ni lo que esta palabra significa. Es decir, que lo que fué un sueño de Poncet, de Lyon, al crear la «tuberculosis inflamatoria», trata de tomar carta de naturaleza en la moderna *Patología local* francesa. Todo por la sinrazón de estatuir el sitio de enfermedad como criterio de estudio único de las dolencias. Así escriben en sus obras enormidades, como la de incluir el reumatismo entre las enfermedades del aparato locomotor. Pero, Señor, ¿es músculo ó articulación la pleura, el peritoneo, la piamadre, el endocardio, las amígdalas, la piel, la sangre, la célula, los órganos eliminadores todos? ¿O es que no se padece reumatismo si no se inflama la articulación ó el músculo? Para los autores franceses y alemanes existe un reumatismo agudo, otro sub-agudo, otro crónico (cada uno con su etiología, patogenia, síntomas, diagnóstico, etc., diferentes), otro articular, otro muscular, y después vienen

los *falsos* reumatismos (¡y tan falsos!), que son tantos como enfermedades dan lugar á manifestaciones articulares; es decir, que porque en el tifus se observan dolores musculares é inflamaciones articulares, que son síntomas no más de la general infección... pues reumatismo tífico; que porque en la escarlatina, blenorragia, etc., sucede lo propio, se crean los reumatismos falsos escarlatinosos, blenorrágicos y demás.

A todo esto, vuelta con que el reumatismo es enfermedad infecciosa á la fuerza, aún cuando no se haya encontrado bacteria ni toxina alguna específica, aunque no sea enfermedad contagiosa ni epidémica, y sus ataques no confieran inmunidad, ni mucho menos, y, por fin, á pesar de que el supuesto tratamiento *específico*—el salicilato de sosa—sea una solemne falsedad. Pero, eso sí, vengan párrafos y más párrafos reseñando los trabajos de Fulánez y los de Mengánez, y veinte teorías para concluir, en fin de cuentas, que de todo lo dicho no queda absolutamente nada. Bien decía un ilustre pensador que *todo lo que se sabe de cierto hoy en Medicina podría condensarse en un librito tamaño como el Catón*. El objeto es hacer enormes mamotretos, que cuestan un dineral, y donde no se aprende clínica ni qué ocho cuartos.

¡Ah, los localicistas! *Pequeños prácticos*, como los llamaba el gran Letamendi. ¿De qué modo se arreglan para hacer el diagnóstico del reumatismo tuberculoso? Ellos mismos lo confiesan. «Es muy difícil—dicen—establecer la debida separación entre el reumatismo verdadero, el tuberculoso y los diversos pseudo-reumatismos infecciosos.» Seguro que sí, mientras no se aporten más datos que los de sus localizaciones articulares. En presencia de una articulación enrojecida, tumefacta y dolorosa, no ven ni quieren mirar otra cosa que la coyuntura afectada, y de allí (del sitio) tiene que salir el diagnóstico. Entonces no tienen inconveniente (aunque lo hay en muchas ocasiones) en pinchar la articulación, extraer el exudado (cuando existe) y hacer su examen bacteriológico, con lo que sacan lo que el negro del sermón. 1.° Porque si la afección articular es reumática, encuentran, ó absolutamente nada, ó demasiadas cosas (estreptococos, estafilococos) para achacárselas al reumatismo. 2.° Porque si no es reumática la afección, puede suceder: que el exudado sea insuficiente para ninguna prueba de inoculación; que los bacilos estén atenuados en su virulencia por poseer el líquido sinovial propiedades bactericidas; que se hallen bacterias piógenas *añadidas* ó asociadas. 3.° Porque hay que contar que, para la producción de la inflamación articular, no es absolutamente necesaria la presencia del germen especial, sino de su toxina. 4.° Porque la demostración más segura, ó sea la inoculación á un conejillo del líquido articular, exige á veces esperar semanas y meses enteros, durante los cuales el enfermo

puede haberse encargado de aclarar todas las dudas. En resumen, que los hallazgos positivos en las articulaciones son muy escasos; tanto, que Chvostek, en numerosas exploraciones del contenido articular, del tejido periarticular y de la sangre, los rechaza en absoluto, y que las artritis reumáticas, por sólo sus caracteres locales, son completamente indiferenciables de otras artritis no reumáticas, á más de que existe reumatismo agudo, sub-agudo y crónico sin artritis. Por consiguiente, después de habernos convencido de que una articulación inflamada no puede dar más de sí que rubor, tumor, calor y dolor, tenemos necesidad de buscar otra base de diagnóstico y declarar que no puede haber artritis pneumónica sin pneumonía, ni piohémica sin piohemia, ni gonorreica sin gonococos; es decir, tenemos que recurrir al diagnóstico etiológico y al sindrómico en el acto y en la evolución que completan el total del reumatismo, como el de todas las enfermedades.

El reumatismo no es enfermedad de las articulaciones, no. El reumatismo es una enfermedad general, distrófica, constitucional, con afinidad especial para el tejido seroso (resida éste en la pía-máter, en la pleura, en las vainas tendinosas, en las sinoviales), caracterizado en anatomía patológica por procesos congestivos de este mismo tejido—*jamás supurantes*,—y en clínica por la fugacidad de los fenómenos y la extrema variabilidad de su curso. Y un individuo que presente fiebre, algunas articulaciones tumefactas ó no, pero siempre dolorosas; que cuente en su Haber la *herencia* y la acción del *frío húmedo*, con sudores de olor ácido de especial intensidad, con eritemas multiformes y cuyas articulaciones se afectan sucesivamente, por brotes, sin supurar nunca, ese individuo es un reumático agudo. ¿A qué viene, pues, la palabreja de pseudo-reumatismo? ¿Se presenta este cuadro de síntomas (y otros más que señalan todos los libros) en ninguna enfermedad infecciosa con localizaciones articulares? Llámense en buena hora *artritis* gonocócica, si la lesión articular se presenta en el curso de una blenorragia; tifoídea, si en los tifoídeos, etc. Y si á los tuberculosos les duelen las articulaciones, denomíneseles artralgias; si los músculos, miosalgias; si una coyuntura se infecta y supura, dígase que es una artritis supurada; y si lo hace crónicamente, califíquese con el nombre de tumor blanco.

Los modernos autores, atentos sobre todo casi exclusivamente á la lesión visible y palpable, para nada se ocupan del *carácter psíquico* de los reumáticos, de las psicosis reumáticas, tan características que sólo por su existencia puede hacerse el diagnóstico del padecimiento sin acercarse siquiera al enfermo. Dice á este propósito Règis: «La acción excesiva de los objetos y circunstancias exteriores sobre el *humor* del momento produce en estos enfermos una inestabilidad

mental del todo característica, manifestada principalmente ó agravada bajo la influencia de los cambios de la temperatura exterior». Es cierto: la inconstancia, la inestabilidad mental, los optimismos exagerados á veces, los desalientos y pesimismos otras, alternando sin causa justificada, ocasionan cambios en el *carácter* de los reumáticos, que los hacen aparecer en sociedad: cuándo, sujetos de gran energía, de *genio* fuerte; cuándo, melancólicos, verdaderos niños, sin más voluntad que la impuesta por los demás. Tienen también sus fobias, sus mareos, angustias y palpitaciones cardíacas; pero hay una anormalidad, hecho de observación muy curioso, y es una necesidad de movimiento, de cambiar de sitio sin causa justificada, el no poder estar sentados mucho tiempo sin notar una especial comezón ú hormigueo en todo el cuerpo, pero especialmente en las piernas, que les obliga á levantarse de su asiento, y que debe hacer pensar siempre en el reumatismo. Podrá llamarse á esto sutilezas, finuras clínicas. Puede ser. Pero no se me negará que tienen tal vez más importancia diagnóstica y de pronóstico estos detalles que no la descripción de las últimas lesiones atróficas, degenerativas, esclerosas, sobrevenidas tal vez por no conocer á tiempo leves desviaciones funcionales, ocasionantes ó, por lo menos, precursoras del tardío diagnóstico anatómico.

Perennes en su obra los libros franceses y alemanes de desprestigiar la clínica, hollando el sentido común, describen capítulo aparte el *reumatismo muscular*, á excepción de Ebstein, que titula: «Síntomas por parte del sistema nervioso, incluso los músculos». Así, sin más aclaración, lo mismo que hubiese podido escribir: «Síntomas por parte del sistema nervioso, incluso las amigdalitis». Nada; por todas partes, criterios erróneos, juicios equivocados, por no saber ni querer entender que la unidad de causa y la unidad de patogenia son los informantes del estudio de las enfermedades, y que éstas, dentro de su unidad, pueden afectar diferentes formas y lesiones, con distinta intensidad, varios tejidos, órganos y aparatos. Tan cierto es esto, que lo corriente es que el veneno reumático (sea el que fuere) interesa el tejido interfibrilar de los músculos y aponeurótico al mismo tiempo que el sinovial, pues aun en los casos en que el enfermo localiza el dolor en la articulación, éste siempre se exacerba por las contracciones musculares, voluntarias ó involuntarias, y es insignificante ó nulo cuando se imprimen movimientos pasivos. Las miositis reumáticas, dondequiera se localicen, obedeciendo á la misma causa que las demás lesiones de igual naturaleza, no justifican su separación del proceso integral de que me estoy ocupando. Tanto valdría reseñar como especies diferentes el reumatismo nervioso, el visceral, etc., por la sola razón de que la toxina reumatógena invada los centros nerviosos ó los órganos

contenidos en las cavidades esplácnicas preferentemente á otros.

Por análogas razones, es un despropósito calificar con el nombre de complicaciones ó enfermedades consecutivas á las localizaciones del reumatismo en todo aparato, órgano ó tejido que no sea articulación ó músculo, cual si no tuvieran directa conexión etiológica con las demás manifestaciones del mismo padecimiento. Considerar las lesiones valvulares como *enfermedad consecutiva*, según lo hace el Dr. O. Damsch, alemán por más señas, es desconocer, sencillamente, la unidad esencial del reumatismo, en el cual, lo mismo que en las restantes enfermedades generales, es imposible distinguir otra cosa que intensidades diversas, sindrómicas y lesionales. Ganas de disgregar el proceso sin ton ni són. La endocarditis reumática es la localización más frecuente del agente reumatógeno después de la articular; se inicia en el curso ó á la terminación de una poliartritis ó de otra manifestación reumática, y hasta puede ser, según clínicos españoles, la primera localización del mal, lo cual es exacto de toda exactitud.

Pero lo que tiene miga de veras es la separación que hacen los libros corrientes entre el reumatismo agudo y el crónico (Laveran, Hermann, Charcot y Bouchard, Penzoldt, Robin, Ebstein, etc.). El *reumatismo articular crónico* (escriben, y con letra bastardilla nada menos) *no es una variedad del agudo, sino que tiene existencia independiente*. ¡Habráse visto!

Sigamos á cualquiera de estos señores, Ebstein, por ejemplo, y leeremos en la misma pág. 113, tomo V, de la edición española, lo siguiente: *Así existe indudablemente una forma crónica del reumatismo articular agudo*. ¿Qué tal? Ahora el lector que tire por donde quiera: á gusto del consumidor. ¿Que en qué se fundan para decir que la poliartritis crónica es otra cosa que la aguda? Continuemos leyendo en la misma página: «No es solamente por el curso crónico que se distingue (la traducción, como se ve, es sencillita) este proceso del reumatismo articular agudo; una *distinta etiología*, así como la *falta de afección secundaria por parte del corazón* (no será verdad tanta belleza), contribuyen esencialmente á asegurar á la forma crónica su independencia especial.» Y continúa: «Sin embargo, existen entre ambas formas ciertas relaciones, por cuanto accidentalmente se observa *que de los residuos de un reumatismo articular agudo se desarrolla el cuadro de la forma crónica*.» Ya está; una de cal y otra de canto. El que quiere aprender va en seguida á buscar la distinta etiología, y encuentra esto: «Del mismo modo que en la poliartritis aguda, en la crónica puede también pensarse verosímilmente en un origen infeccioso...» «Es verdad que una prueba en favor de esta naturaleza infecciosa no existe aún en la actualidad... la hipótesis de una determinada anomalía

de la nutrición es por sí misma muy probable á causa de la *herencia* de la enfermedad...» «*Los frecuentes enfriamientos, las mojaduras* y la residencia en lugares húmedos, en unión con una nutrición defectuosa, favorecen con frecuencia la explosión de la enfermedad...» Esto es, lo mismo, exactamente lo mismo que para el reumatismo articular agudo. ¿Dónde está, pues, esa distinta etiología?

Si abrimos un libro francés, el *Laveran* pongo por caso, veremos en un párrafo lo que sigue: «El reumatismo crónico no es una variedad del agudo». Bueno; enterados. Más adelante se lee una descripción del *reumatismo crónico*, de la que entresaco estas palabras: «Unas veces es primitivo y otras consecutivo al *reumatismo agudo*». ¿En qué quedamos? Hermann coloca la artritis deformante al lado del raquitismo y la osteomalacia como enfermedades por trastornos en el cambio de materiales del organismo, por no saber, sin duda, dónde colocarla mejor. Charcot, Bouchard... ¿Pero á qué cansar la atención del lector, sacando á relucir las incongruencias y las escisiones arbitrarias que en el estudio de esta enfermedad han hecho autores que pretenden enseñar la Patología médica, cuando cualquiera puede notarlas con sólo abrir un libro que esté basado en la anarquía localizadora, en el imperante materialismo?

La clínica, esa fuente purísima del saber médico, evidencia de la manera más concluyente que: la identidad de origen y de localizaciones; la sucesión de lesiones que empiezan por simples hiperemias, siguen por las proliferaciones, para terminar en la atrofia, la anquilosis, la degeneración; la continuación del síndrome en un mismo sujeto, que pasa desde las formas leves á las graves con sus retracciones tendinosas, sus deformaciones, sus nudosidades y su arterio-esclerosis progresiva; la marcha del proceso aguda, subaguda ó crónica, según la toxicidad del agente y, sobre todo, de la resistencia del individuo—lo propio que acontece en otras muchas dolencias,— proclaman de consuno el que el reumatismo es *uno* en su esencia y vario en sus manifestaciones.

Los análisis de sangre demostrando la desglobulización roja, la leucocitosis intensa, la alcalinidad del líquido hemático; la ley de Hayem, según la cual las alteraciones de la sangre (disminución de albúmina y exceso de principios excrementicios) dan la medida de la intensidad del padecimiento; los estudios de Bernier dando á conocer que la sobrecarga ó adulteración del líquido sanguíneo puede, interviniendo causas morbosas sostenidas, producir una perturbación brusca ó lenta por insuficiencia funcional de las eliminaciones; los análisis de orina enseñando el aumento del ácido úrico y productos incompletamente elaborados, la dosificación de la urea,

las relaciones urológicas; las notables semejanzas de este proceso, en cuanto tiene de perturbador de la nutrición, con los accidentes morbosos observados en los envenenamientos por el plomo y alcohol; las experiencias acerca de la acción del frío húmedo sobre las funciones secretorias, sensitivas y respiratorias de la piel, hacen que lógicamente se imponga el concepto de que el reumatismo no es otra cosa que un *envenenamiento* por retención de materiales no segregados; una verdadera autointoxicación, una alteración en la nutrición de la célula por amortiguamiento de la misma y la deficiencia de los aparatos eliminadores para expulsar los principios desasimilados.

Y ahora, después de esto, si á ustedes les parece, vamos á sonreirnos de las denominaciones de reumatismo articular, reumatismo cardíaco, cerebral, tuberculoso, *reumatismo reumático* (*Traité de Médecine* de Brouardel) y otras falsedades; y consignar al mismo tiempo el error fundamental en que están todos los que piensan que el reuma es enfermedad privativa del músculo ó de la articulación, pues como dice Hayem: «Las alteraciones sanguíneas que acompañan á *todas las manifestaciones* del reumatismo permiten afirmar la existencia del padecimiento *en ausencia de toda lesión articular*».

Algún lector podrá objetarme que la ausencia de casos clínicos, de casos prácticos, que no hago figurar en este trabajo porque las reseñas de historias clínicas al uso es cosa que me hace estremecer, de puro mal efecto, invalida mis apreciaciones. A tal reparo, puedo manifestar: 1.° Que yo soy un *autocaso;* soy un reumático inveterado que jamás ha tenido una articulación inflamada; yo no soy *articular,* pero soy cardíaco y cuento en mi etiología la acción del frío húmedo, repetida con demasiada persistencia por cierto, y la herencia, afortunadamente. 2.° Que tengo en mi clientela dos enfermas baldadas, condenadas al reposo forzoso, con mano gafa, etc., que me consta empezaron por ataques agudos de reumatismo articular, violento, generalizado; que se repitieron los ataques cada vez menos vivos, pero más largos, y que evolucionando lentamente aparecieron sus actuales imposibilidades é irremediables lesiones. Y como los tres *casos* vivimos, y somos, uno, prueba evidente de que el reuma no es enfermedad articular exclusivamente, y los otros dos, testimonios de que el reumatismo crónico no es otra enfermedad independiente del agudo, sino su consecuencia ó más bien continuación, por eso los cito.

El reumatismo es enfermedad grave por sí misma y por las lesiones definitivas que provoca. Si nos atenemos á la localización articular, claro es que el pronóstico no es serio, por cuanto lo frecuente en los ataques agudos es que las coyunturas se restituyan á la nor-

mal; pero como las bases ó fuentes del pronóstico no han sido ni serán nunca un síntoma aislado, sino el diagnóstico total de la total enfermedad, la naturaleza de la causa morbosa, los datos sacados del mismo enfermo y las circunstancias que le rodean, por eso los autores que califican al reumatismo de enfermedad «de curso favorable» están completamente equivocados. En cuanto al reuma crónico, las últimas é irreparables mioartropatías deformantes y anquilosantes colocan este mal en la categoría de los incurables.

Uno de los hechos que mejor demuestran el falso concepto que del reumatismo tienen los alemanes lo demuestra las tentativas de intervenciones quirúrgicas practicadas por Volkmann, Schüller, Müller y otros, *resecando* no sólo algunas, sino *muchas articulaciones*. ¡Pobres reumáticos! Figúrense un reumático con un codo, una rodilla y *una vértebra* resecados. ¿Y qué habrán adelantado los señores antes citados después de desfigurar y maltratar á estos infelices enfermos? ¿Por ventura, la resección de todas las articulaciones del cuerpo humano cura, limita ó alivia el envenenamiento, la toxihemia causa y origen de todo el proceso? Dejemos, dejemos siquiera al sentido común y no le pidamos monstruosidades, porque se rebelará con justo motivo.

He dicho al empezar que el reumatismo no tiene tratamiento específico, y es verdad. El salicilato de sosa no tiene ese éxito maravilloso que se le atribuye, sin excepción en todos, ni aun en la mayor parte de los reumáticos agudos. La clínica se hace diciendo las verdades que uno ha visto á la cabecera de los enfermos. Yo he tratado reumáticos que han obtenido beneficios indudables del salicilato de sosa—y mejor del ácido salicílico,—pero he tenido á mis cuidados un número mucho mayor de enfermos de la misma naturaleza que no han sacado ningún provecho. ¿Que si he dado dosis suficientes de medicamento? Seis y ocho gramos diarios... ¿Que si eran verdaderos reumáticos agudos y no pseudo, etc.? Mi conciencia me dice que sí, sin dudas ni vacilaciones. No basta con que diga Hermann que la acción del ácido salicílico es increíblemente rápida, «en términos de disminuir las molestias á poco tiempo de haber tomado el primer papel, y de quedar libre de dolor á las doce horas enfermos que antes no podían mover ninguno de sus miembros». Yo nunca he visto semejante efecto, no sé si porque las constituciones y temperamentos alemanes son diferentes á los españoles ó porque el ácido salicílico no sea como el que emplean en Zürich. Esto me recuerda un caso ocurrido al Dr. Mariani, en una sala del Hospital de la Princesa, hace años, cuando estaba en todo su apogeo la balneación fría, por el método de Brand, para el tratamiento de la fiebre tifoidea. Tuvo por aquel entonces en su enfermería el citado maestro dos enfermos de nacionalidad alemana, con tifus, y se

pensó que nadie mejor que estos dos sujetos para someterlos al agua fría. Se practicó el procedimiento alemán, con todos sus detalles y pureza... y los dos enfermos se murieron. Buscando la explicación de este fracaso, un amigo y compañero objetó en tono humorístico: «Es que el agua de Madrid es *más fría* que en Alemania». Pues eso; como no sea que el ácido salicílico pierda alguna de sus propiedades al atravesar la frontera... Por mi parte, repito que algunos enfermos han mejorado pronto y bien—aunque no tan increíblemente rápidos como asegura el Dr. Hermann,—pero otros en cambio han obtenido poco ó ningún beneficio de la droga antes citada. Claro es que me refiero al reumatismo agudo; porque en el crónico, ni pensarlo. Y cuando he visto que á pesar de recetar al enfermo medio gramo de ácido salicílico cada hora ó cada dos horas, hasta llegar á los primeros síntomas de intoxicación, y el paciente seguía con fiebre y con insufribles dolores, hoy aquí, mañana allí, he recurrido á otros compuestos de la serie aromática—fenacetina, euforina, etc.,—y por fin he tenido que acudir en varios casos, para calmar los sufrimientos de los pacientes, al cloral y á la morfina.

Por lo demás, la medicación fundamental del reumatismo es la eliminadora: sudoríficos, diuréticos y purgantes, unidos á una alimentación lo menos tóxica posible, como leche, carnes blancas, pescado y verduras cocidas. Cuidar las funciones de la piel, evitar los enfriamientos y practicar ejercicios activos si el miocardio lo consiente. Tengo una experiencia muy favorable respecto á la utilidad de las aguas minero-medicinales de Archena en los casos agudos y de Albama en los subagudos. En la forma crónica, la electricidad, el masaje, los ioduros, nada.

—

El Dr. P. Ferrier ha presentado á la Sociedad Médica de París una comunicación con el título de *Tratamiento de la tuberculosis por la recalcificación*, cuyo trabajo, según dicen, ha llamado mucho la atención por su importancia y su originalidad.

El resumen del trabajo del Dr. Ferrier consiste esencialmente en proponer para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar la administración de los compuestos de cal, indispensables, según el autor, no solamente para devolver á los tejidos lesionados su integridad, sino también para suministrar el exceso de materias cálcicas que deben favorecer la cicatrización de las lesiones tuberculosas.

Los tuberculosos cuyos huesos han sido analizados presentaron siempre una densidad ósea inferior á la normal, debido á una calcificación insuficiente, y son además fosfatúricos, como lo demuestra el análisis urinario. Pero ¿cuál es la causa primera de esta descalcificación? El Dr. Ferrier vuelve á resucitar la teoría del *ácido* (Senator, Heirmann) lo mismo que para el raquitismo, según la cual

sólo los ácidos ó sales ácidas son capaces de disolver las sales de les huesos, incriminando, sobre todo, á las sustancias ácidas naturales ingeridas y á las que se producen por fermentación en el estómago la causa de tales trastornos, y recomienda, por lo tanto, abstención de todo manjar ácido, de las bebidas alcohólicas y cuerpos grasos, del azúcar, del pan y la pastelería.

Esta teoría del ácido, ya se suponga circulando con la sangre ó bien formándose en los puntos donde tiene lugar el crecimiento de los huesos, parecía definitivamente abandonada desde que estudios más modernos indicaban la posibilidad de un origen infeccioso y aun de una determinada función patológica de determinadas glándulas con secreción interna (tiroides, timo, etc.). Lo malo de todo esto es que, hasta ahora, ni se ha podido alcanzar la demostración evidente de tal ácido, ni de otro cuerpo químico cualquiera, ni tampoco de microbio alguno específico que explique la descalcificación.

El mérito del trabajo del Dr. Ferrier consiste, á mi entender, en recordar un punto que parece olvidado en los tiempos que corremos, y es que siendo toda enfermedad infecciosa efecto de un germen morboso en función con un organismo enfermo, tenemos dos caminos para llegar á la curación de aquélla: uno, destruir, aniquilar el microbio ó sus productos de secreción; otro, defender el organismo contra la causa viva, vigorizándolo, creando, como decía Letamendi, *un mal clima*, para que no prenda la microscópica semilla. Actualmente, es positivamente cierto que predomina en la terapéutica de las infecciones la primer tendencia sobre la segunda; tenemos la obsesión del germen por encima de todo, y únicamente pensamos en la manera de destruirlo. La experiencia, sin embargo, que hasta hoy poseemos sobre el tratamiento específico de la tuberculosis, es harto insuficiente y por demás confusa para que se puedan abrigar fundadas esperanzas. Nadie hasta la fecha puede decir honradamente que ha obtenido éxitos seguros y duraderos con ningún medio que actúe directamente sobre el microbio de Koch implantado en los pulmones, sin perjudicar esencialmente al enfermo. Las mismas tuberculinas, que tanto entusiasmo despertaron en un principio, están hoy día abandonadas por la mayoría de los médicos, y el propio Leibermeister, de Tubinga, afirma: que el hecho de que en muchos enfermos se presenten desagradables efectos concomitantes; la necesidad de elegir enfermos que no tengan fiebre; con lesiones pulmonares poco extensas; que posean un regular estado de fuerza; las interrupciones con que muchas veces hay que seguir el tratamiento por las violentas reacciones que se producen á pesar de los mayores cuidados, y, por fin, el hecho de que las mejorías obtenidas en algunos casos se presenten también en otros tratados por diversos procedimientos (y aun sin tratamiento

alguno, añado yo), hacen imposible formar un juicio favorable sobre tal método, ó muy reservado por lo menos. Mis noticias sobre el último remedio del Dr. Behring son que la comisión de médicos alemanes encargados de la contraprueba muéstrase muy poco satisfecha, pues han podido apreciar verdaderos peligros en la administración del producto.

No siendo, pues, una verdad clara y precisa (y aunque lo fuera) el tratamiento específico de la tuberculosis, hoy por hoy resulta que no se pueden considerar como superfluos los tratamientos indirectos que tienen por objeto aumentar la resistencia, mejorando el estado de nutrición de los enfermos. Y si es verdad que los tuberculosos se descalcifican, pierden fósforo por la orina, y que la transformación cretácea de los tubérculos es uno de los medios de que se vale la naturaleza para conseguir la curación ó, por lo menos, entorpecer la marcha de las lesiones de esta índole, parece lógico y racional el empleo de los preparados calizos y fosfatados, que tan favorablemente influyen, además, sobre el estado general.

De las sales calcáreas más usadas en Medicina—fosfato y carbonato—mucho se ha dicho y se ha experimentado, sin que á la hora presente exista un acuerdo unánime acerca de sus propiedades fisiológicas y terapéuticas. Desde los que niegan en absoluto la absorción de las sales calcáreas, estimando que tales preparados deben reservarse para el uso externo no más, hasta los que consideran dichos medicamentos como los mejores tónicos reconstituyentes, reparadores ó analépticos, hay un mundo de encontradas opiniones, de opuestas ideas y criterios. No es momento oportuno éste para detenernos á examinar los experimentos de Wegner con animales jóvenes á quienes da diariamente fósforo, observando la producción de neoformaciones óseas y la eburneación de la sustancia esponjosa; ni la utilidad de la cal en la nutrición de las plantas; ni los estudios de Sthal, que mira la calcificación de las paredes celulares como el mejor medio de protección de los vegetales; ni la poca frecuencia de la tuberculosis en los obreros que manejan la cal; ni el influjo de estas sales sobre el desarrollo y crecimiento de los renacuajos; ni la necesidad de los fosfatos en la agricultura; ni la inanición cálcica y el raquitismo artificial provocado por la supresión en el régimen de las preparaciones calcáreas; etc., etc.; porque junto á estas experiencias y conceptos, habría que exponer otros de los que parece deducirse resultados completamente opuestos.

Pero las sales de cal, en último término, ¿se absorben? Qué duda cabe: Se absorben precisamente al estado de cloruro de calcio, por la intervención del ácido clorhídrico del estómago, formándose además fosfato ácido si es el fosfato de cal el que se ingiere, y marchándose el ácido carbónico si es el carbonato de la misma base. Estas

descomposiciones que en último término han de sufrir las sales calcáreas para ser absorbidas, han hecho pensar á muchos que tal vez sería preferible dar el fosfato ácido ó monacálcico, que efectivamente cuenta con numerosos partidarios, ó, en otro caso, el cloruro de calcio, puesto que parece puede ser absorbido directamente en esta forma. Pero yo no sé lo que tiene la química viviente, que no en todas las ocasiones se comporta del mismo modo que el tubo de ensayo. Parece que en ciertas circunstancias no agradece el organismo nuestros esfuerzos para proporcionarle los medicamentos perfectamente solubilizados, inmediatamente absorbibles, sino que necesita nuestro cuerpo ejercer de químico, efectuando allá en el interior de los tejidos dobles descomposiciones, desdoblamientos, oxidaciones, etc., para aprovechar los cuerpos nacientes que de tales operaciones se derivan. Hasta cierto punto hay que dar la razón á Bertrand, que prefiere á todos los medicamentos fosfatados el simple polvo de huesos. En efecto, ¿hay algún práctico que haya visto con los tan cacareados glicerofosfatos Robin efectos maravillosamente superiores á los de las demás preparaciones fosfatadas? Por ventura, ¿no es cierta la mayor eficacia en la anemia de los preparados ferruginosos insolubles sobre los solubles?

Pero si no estuviese demostrada la absorción de las sales cálcicas por los trabajos de Robertson y otros, los hechos diarios de la práctica se encargarían de enseñar á los terapeutas incrédulos la eficacia indiscutible de la medicación cálcica en las enfermedades en que está indicada. Pues qué, ¿no he visto yo cientos de niños raquíticos, algunos con deformidades óseas, á punto de caer en manos del especialista ósteo-artropático, aliviados unos y curados otros por el uso del lactofosfato de cal precisamente? ¿No les choca á los cirujanos, cuando operan una deformación raquítica, la dureza verdaderamente eburnea de los huesos? Pues es que estos órganos, antes blandos y pobres en cal, como lo demuestran perfectamente los radiogramas (cavidad medular ensanchada, capa cortical manifiesta por una línea oscura, más ó menos fina; zona de proliferación epifisaria marcada por una línea dentada), se hacen firmes, sólidos y resistentes cuando el proceso marcha hacia la curación (establecida ya la deformidad) por la rápida é intensa precipitación de sales de cal. El gran Soulier, que es uno de los terapeutas más rehacios á creer que el fosfato de cal sirve para otra cosa que como absorbente de gases intestinales y como antiácido, acaba por hacer la siguiente confesión: *El fosfato ácido de cal es uno de mis medicamentos de preferencia contra la tuberculosis pulmonar*; y Damsch, de Gotinga, después de refutar de la manera más contundente, al hablar del raquitismo, todas las teorías fundadas en un trastorno de la fijación de las sales calcáreas, principalmente del *fosfato,* termina por de-

clarar: *Como medio curativo del raquitismo, ocupa hoy el primer lugar el fósforo*. Damsch, lo mismo que Kasoowitz, entiende que es preferible dar el metaloide puro—del cual decía Babuteau «que no esperaba prescribirlo nunca, por peligroso»,—en vez de administrar los fosfatos, fosfitos é hipofosfitos, que no son tóxicos; pero se adhiere calurosamente á la recomendación de estos preparados. Una vasta experiencia, en fin, ha probado desde muy antiguo la utilidad incontestable de los preparados de cal en la tuberculosis, siempre beneficiosos, nunca perjudiciales; preparados que reúnen á sus cualidades de poderosos eupépticos, tónicos comprobados, reparadores de las fuerzas y estimulantes de la nutrición, la circunstancia de poder continuar su uso por mucho tiempo, sin peligro de trastornar las importantes funciones digestivas, como ocurre con otras medicaciones pretendidas antibacilares. Hoy mismo, en España, un clínico tan clínico como el Dr. Hergueta manda á los tuberculosos el simple carbonato de cal, y en Francia el Dr. Ferrier habla de la necesidad de la remineralización cálcica y fosfórica de los terrenos tuberculizables ó ya tuberculosos, proponiendo una fórmula en la que entran el carbonato de cal, el fosfato tribásico de cal y el cloruro de sodio. Y es que, como he dicho antes, mientras el tratamiento directo ó específico de la tuberculosis no sea un hecho, las medicaciones indirectas, que tienen por objeto estimular la nutrición, conservan toda su importancia en la terapéutica de esta terrible dolencia.

—

Dos palabras nada más acerca de un trabajo publicado en la *Presse médicale* por el Sr. M. de Nittis, titulado «Tratamiento de la coqueluche por el arsénico». La medicación arsenical, que nunca se había intentado, según el autor, produce en los coqueluchoídeos los siguientes resultados: disminución rápida del número de ataques, atenuación profunda del elemento espasmódico, tonificación del enfermito, evolución, en fin, de una benignidad excepcional. La duración de la enfermedad, sin embargo, no se corrige gran cosa. M. de Nittis recomienda empezar el tratamiento desde el principio de la dolencia, á la dosis de una gota de licor de Fowler por día y por año de edad. La cosa no puede ser más sencilla.

Hasta ahora, y á reserva de lo anteriormente expresado, cuya comprobación he de tener en breve tiempo, yo no estoy convencido de la eficacia del arsénico en ninguna enfermedad. Es uno de tantos medicamentos que he empleado en distintas ocasiones con diferentes motivos, quedándome siempre la duda acerca de sus propiedades curativas. Tónico para unos, antiséptico para otros, modificador del terreno para los de aquí, alterante del elemento morboso afectado para los de allá, destructor de glóbulos rojos para Hayem, enérgico oxidante para Binz, resulta, en fin de cuentas, que si se

emplea á dosis débiles su acción es perfectamente nula, y á dosis fuertes produce gastro-enteritis intensas, estomatitis con salivación, nefritis graves, sin contar sus efectos *exantematógenos*, como los llama Ymbert-Gambeyre.

Lo que mejor conocemos del arsénico es que fué el veneno de los Borgia, es decir, su lado toxicológico, pues el fisiológico y aun más el terapéutico son mucho menos claros. ¿Será, por ventura, el arsénico uno de esos medicamentos de los que se piensa que son muy buenos por la sencilla razón de que todo el mundo lo dice? Por mi parte puedo decir que lo he empleado en el paludismo crónico, en la anemia, en la corea, en los asmáticos y arterio-esclerosos, en la diabetes, y que jamás he visto efectos notables de semejante fármaco. Unicamente lo sigo recetando en las dermitis *secas* de naturaleza herpética, entre otras razones, porque no sé hacer cosa mejor. Verdad es que nunca he llegado á las dosis de 70 y 80 gotas diarias de licor de Fowler, cuya dosis es precisa, según dicen, para conseguir la acción curativa de este medicamento; pero si para ver las propiedades terapéuticas del arsénico es necesario propinarle con tal valentía (ó imprudencia temeraria, según el Código), me voy á quedar sin presenciar los triunfos del rejalgar, porque por ahora no me siento en ganas de declararme autor de un caso de arsenicismo con las agravantes de premeditación, alevosía y abuso de confianza. De cierto que lo mejor será esperar á ver si el último germen descubierto por los distinguidos bacteriólogos del Instituto de Brabante Dres. Bordet y Genjau es al fin el verdadero agente específico de la coqueluche, y entonces sí que estaremos en el verdadero camino para encontrar el remedio de tan penosa enfermedad.

---

## ALGUNAS INTERPRETACIONES ACERCA DE LA HABITUACIÓN MEDICAMENTOSA

POR EL DR. MANUEL MÁRQUEZ

Catedrático de Terapéutica, y Oculista.

*Sumario.*—En la Naturaleza se cumple siempre la gran ley del hábito. El organismo se adapta á los cambios graduales. Los cambios bruscos le son nocivos. Hábitos fisiológicos, patológicos y terapéuticos.

Los hábitos medicamentosos. Fenómenos propios de la habituación. Ésta no existe para todos los cuerpos. Atenuación de los efectos normales del remedio. Intoxicación gradual del organismo. Necesidad de tomar cada vez cantidades mayores del veneno: síntomas de abstinencia. Teorías de la habituación. Embotamiento de la impresionabilidad orgánica por la repetición de las excitaciones. Reacción cada vez más vigorosa del organismo. Defensas químicas de éste. La inmunización contra las toxinas microbianas como caso particular de la habituación. Teoría de las cadenas laterales de Ehrlich. Estudios modernos sobre las citotoxinas y anticitotoxinas. Aplicaciones á la teoría general de la acción medicamentosa y de los fenómenos de la habituación. Trascendencia práctica de lo anterior. La habituación provocada como recurso terapéutico. Porvenir de estos estudios.

En las breves consideraciones que van á ser objeto de este modesto trabajo, que no hubiera sido escrito de no exigirlo expreso

precepto reglamentario (*), vamos á discurrir acerca del mecanismo de la *habituación medicamentosa*, asunto interesantísimo de la Farmacodinamia que, como tantos otros, se halla realmente en los linderos de la Terapéutica y de la Toxicología, y por lo tanto de la Patología.

***

En la Naturaleza cúmplese constantemente la gran ley del hábito. Vulgar es ya el ejemplo de los amibos de agua dulce, que mueren cuando son *bruscamente* transportados al agua salada, así como á los de esta última les ocurre lo propio al ser trasladados de idéntica manera al agua dulce; mientras que unos y otros viven cuando de un modo *gradual* se va modificando la composición del medio, hasta llegar á encontrarse al cabo de algún tiempo en el nuevo como en su elemento natural. Y no sólo esto, sino que, si después de adaptados á las nuevas condiciones de existencia dichos organismos, se les sumerge otra vez *repentinamente* en el medio primitivo, mueren también por haber llegado este último á ser de nuevo incompatible con la organización de los mismos.

Es, pues, otra ley biológica fundamental, correlativa á la de la habituación y opuesta á ella, la de que todo cambio *brusco* sobrevenido en el organismo es siempre perturbador. Las variaciones rápidas de la presión atmosférica en los buzos, por ejemplo, cuando salen á la atmósfera exterior, las dosis excesivas de un fármaco, el ejercicio violento, una impresión moral intensa, pueden producir alteraciones orgánicas graves y hasta la misma muerte. Aun los mismos agentes que obran como en condiciones normales para la mayoría de los sujetos, pueden en otros causar también profundos trastornos. La luz viva del sol, impresionando de pronto la retina del minero que acaba de salir de la oscuridad de las galerías subterráneas; la alimentación, no en cantidad abundante para un sujeto sano, pero que resulta desproporcionada si se le da de pronto á un hambriento de varios días; la aplicación brusca del calor á los sujetos congelados, ¿no son otras tantas circunstancias gravemente perturbadoras?

En cambio el organismo suele adaptarse fácilmente á nuevas condiciones de vida cuando éstas cambian de un modo suave y gradual. Vive perfectamente bien después de algún tiempo en los diversos climas, cualesquiera que sean la presión, la temperatura,

---

(*) Este trabajo, que el autor, en su modestia, se resistía á publicar por considerarle como de recopilación, aunque, como verá el lector, presenta además ideas propias de mucho interés, fué presentado para las oposiciones á las cátedras de Terapéutica de Valladolid y Santiago, en las que nuestro distinguido colaborador obtuvo por unanimidad el primer lugar.—*(N. de la R.)*

humedad..., etc.; llega á hacer uso de los más activos venenos (1), hasta tomar de ellos cantidades inverosímiles sin que *al parecer* se produzca acción tóxica alguna; se acostumbra á los ejercicios físicos más violentos (2) (*entraînement* de los franceses); recobra, en fin, la materia y la fuerza perdidas por una dieta forzada y sostenida cuando se le van poco á poco suministrando alimentos en mayor cantidad y mejor calidad... En una palabra, en todos estos casos el organismo *se habitúa.*

*Habituación* es, pues, sinónimo de *adaptación*. Los organismos tienen tendencia natural á vivir, á realizar su ciclo vital. Para ello sostienen una continua batalla con el medio, triunfando de él mientras la vida se sostiene normal; luchando con alternativas diversas de victorias y de derrotas parciales cuando la enfermedad se está desarrollando; venciendo de nuevo si recobran la *restitutio ad integrum*, aun quedando muchas veces con averías de mayor ó menor consideración, sobre todo en las enfermedades crónicas; y siendo en último extremo definitivamente vencidos cuando la muerte llega, y se convierten otra vez en materia bruta, de la que proceden, la cual entra de nuevo á formar parte de otros seres, realizando una vez más su eterno ciclo.

Enlazando, pues, ideas, los hábitos no son en el fondo más que una variedad de mecanismos defensivos contra las injurias del medio. En tal concepto, la vida es una continua serie de habituaciones. Hay hábitos *fisiológicos*: los que resultan de la acción lenta y continua de los excitantes normales. Los hay *patológicos*, cuando no pudiendo el organismo desembarazarse de la enfermedad, se adapta á ella para pasarlo en lo sucesivo *lo menos mal posible*; y los hay, en fin, *terapéuticos*; que son de los que principalmente vamos á tratar, y que, como veremos, no son en último extremo más que una variedad de los patológicos.

***

Limitándonos ya á estos últimos, y, particularizando más todavía, á los *medicamentosos*, señalemos brevemente cuáles son los fenómenos culminantes de la habituación, para ver si es posible llegar á una explicación plausible de los mismos.

---

(1) Plinio refiere que Mitrídates, rey del Ponto, temiendo constantemente ser envenenado por sus enemigos y queriendo prevenirlo, se acostumbró gradualmente á tomar dosis crecientes de los venenos más conocidos en aquella época, adquiriendo inmunidad para los mismos (de aquí el nombre de *mitridatismo* con que se conoce también al hábito), y que, habiendo sido derrotado por Pompeyo, quiso suicidarse; pero el veneno con el que esperaba poner fin á sus días no le produjo efecto, y tuvo necesidad de pedir á uno de sus servidores que le atravesase con la espada.

(2) Cuenta la fábula que Milon, el atleta de Crotona, acabó por poder soportar sobre sus hombros un toro, después de haber comenzado á llevarle todos los días desde el nacimiento del animal.

Consignemos ante todo el hecho de que *la habituación no se produce para todos los remedios*, y no solamente esto, sino que hay casos, como es bien sabido, en que el organismo responde siempre con la misma intensidad á los estímulos que provocan la aplicación ó la administración de las sustancias medicamentosas, y otros hasta en los cuales se observan los fenómenos calificados con los nombres de *eretismo* y de *acumulación* medicamentosa.

Ide (1) hace notar que en general se habitúa el organismo á las moléculas químicas que son de constitución análoga á la de él: alcohol, aldehidos, ácidos, bases amidadas, etc., y á las moléculas cuya acción es semejante á la de nuestros productos de intoxicación, como los estimulantes y los calmantes del sistema nervioso central. Por el contrario, no nos habituaríamos á las moléculas que se salen del esquema de nuestras sustancias biológicas: cloroformo, cloral..., etc. Con razón, el autor pone la frase en general, porque son numerosas las excepciones. Un ejemplo notable se me ocurre en apoyo de esto: el arsénico, elemento extraño á la composición normal de nuestro organismo (2), y el fósforo, uno de sus principales elementos constituyentes, son: la primera, de las sustancias que se toman como tipo de las que presentan de un modo más manifiesto la habituación, mientras que á la segunda jamás se acostumbra el organismo, respondiendo, por el contrario, siempre en forma de manifestaciones altamente tóxicas en cuanto nos excedemos de las dosis habituales.

Bouchardat, citado por Gubler (3), emite la hipótesis de que esas diferencias dependen de que hay sustancias que son tóxicas para todos los organismos, á las cuales el organismo no se habitúa porque ejercen su acción nociva sobre las facultades que pertenecen en propiedad *á todos los seres vivos*, como la nutrición del individuo, y la nutrición de la especie, ó sea la generación; y de que hay otras sustancias que sólo son tóxicas *para determinados elementos celulares de los organismos superiores*, á las cuales el organismo podría habituarse porque atacan á facultades que, aunque de un orden muy elevado, son, por decirlo así, sobrepuestas y no pertenecen como las primeras *esencialmente* á los seres vivos. Pero Gubler, comentando esta idea, hace observar que hay sustancias que son venenos muy violentos para los organismos inferiores y

(1) *Terapéutica*, edición española; traducida por Márquez, pág. 67.

(2) Gautier ha señalado que el Ar existe *normalmente* en el cuerpo tiroides del hombre en la proporción de 1 miligramo por 127 gramos y en cantidad menor en el timo, el cerebro y la piel. Pero ¿qué es esto en relación con la enorme cantidad de Ph que existe en el organismo en forma de fosfatos, de los cuales sólo el de Ca en los huesos pasa de la cantidad de *tres kilogramos?*

(3) *Curso de Terapéutica*, edición española; traducida por Alonso Rodríguez, pág. 487.

que son toleradas por los que están colocados en los peldaños más elevados de la escala de los seres, citando el caso del tanaceto y del pelitre del Cáucaso, venenos muy activos para ciertos organismos inferiores (arácnidos) (1) y casi inofensivos para el organismo humano.

El mismo Gubler formula su opinión diciendo que la habituación se realiza para los venenos orgánicos por ser éstos destructibles, citando el caso del tabaco, la belladona y el opio, mientras que jamás nos habituaríamos á los inorgánicos, como el plomo. Pero también son numerosas las excepciones, pues el arsénico, los astringentes metálicos aplicados sobre las mucosas, son ejemplos de habituación para los cuerpos inorgánicos, mientras que los hay orgánicos á los cuales jamás se habitúa el organismo, tales como el cloroformo, el curare, etc.

De todo lo cual se deduce tan sólo, en resumen, *que hay sustancias á las que el organismo se habitúa y otras á las que no*; ya veremos después qué explicación puede intentarse, á nuestro juicio, de este hecho, así como en general de los fenómenos de la habituación.

Veamos ya en qué consiste lo que pudiera llamarse con propiedad *sintomatología* de la habituación.

Los caracteres fundamentales de la misma son según Arnozan(2): 1.° Atenuación de los efectos normales del remedio. 2.° Intoxicación gradual. 3.° Necesidad cada vez mayor de tomar dosis crecientes del veneno. Analicémoslos ligeramente.

1.° *Atenuación de los efectos normales del remedio.*—Un centigramo de cloruro mórfico calmará el dolor el primer día, pero en los sucesivos será cada vez menos eficaz, y para lograr el mismo efecto habrá que elevar gradualmente las dosis. «Se establece entonces una especie de lucha entre el dolor y el médico, aumentando éste cada vez más las dosis y acabando el dolor siempre por triunfar» (Arnozan) (3).

En la administración del ácido arsenioso, al principio se dan sólo débiles dosis; después, poco á poco, el organismo llega, según se dice, á tolerar dosis enormes, que hubiesen sido mortales administradas de una vez al principio.

Sabattini ha demostrado que, con la atropina, el corazón, los cen-

---

(1) Los experimentos de Metchnikoff demuestran que los arácnidos se muestran también refractarios al veneno tetánico. En un *Mygale* del Congo, de 7 gramos de peso, inyectó cantidad de veneno suficiente para matar mil ratones, no observando síntoma alguno en los dos meses que duró la experiencia. (Dr. Castro: *Los venenos microbianos*, Madrid, 1906.)

(2) *Precis de Thérapeutique*, t. I, pág. 61.

(3) *Loc. cit.*, pág. 58.

tros nerviosos, el iris, las glándulas y los nervios motores intestinales se habitúan después de un uso prolongado.

En lo local también se observa que las mucosas, que al principio reaccionan bajo la acción, por ejemplo, de los astringentes, dejan de ser sensibles al influjo de éstos aun elevando las dosis ó la concentración.

Los mismos microbios acabarían también por habituarse á la acción de los venenos antisépticos, llegando á poder vivir en medios de cultivo á los que se añaden cantidades de sustancia que al principio hubieran esterilizado completamente el medio. Ya veremos después la importancia práctica de este dato.

2.° *Intoxicación gradual.*—Mas, como hace notar Guinard (1), no hay que hacerse ilusiones sobre el valor de esta tolerancia adquirida para ciertos medicamentos, pues es un beneficio sólo aparente, y en realidad se trata de una verdadera enfermedad, de un estado patológico, provocado por la administración reiterada del agente terapéutico, que embota la sensibilidad del organismo y su impresionabilidad para las acciones medicamentosas. Como dice Arnozan (2), el enfermo habituado es realmente un enfermo intoxicado, y una multitud de alteraciones diversas indican la decadencia orgánica; pudiéndose reducir á tres grupos principales: fenómenos neurasténicos, fenómenos dispépticos y *reacciones anormales con relación á los medicamentos.*

Este último grupo de trastornos es, á nuestro juicio, el más importante. Los arsenicófagos, los morfinómanos, los alcohólicos, fuera del agente para el cual están habituados, tienen una manera de reaccionar muy distinta que los sujetos sanos. Para unos medicamentos han adquirido una tolerancia especial que les hace casi inmunes: los alcohólicos inveterados, por ejemplo, para el cloroformo, al cual hay necesidad á veces de renunciar en operaciones quirúrgicas que en ellos se practican; los morfinómanos, para la cocaína, que toleran en dosis fuertes que intoxicarían á un sujeto normal; mientras que para otros medicamentos habría una especial susceptibilidad para dosis mínimas. «La posología racional no les es ya aplicable en estos casos» (Guinard). Inútil es, pues, insistir también sobre la importancia *práctica* de este dato.

3.° *Necesidad cada vez mayor de tomar cantidades crecientes del veneno.*—La sustancia intoxicante, que al principio era un elemento extraño á la constitución normal del organismo, y por ende perturbadora, ha llegado en el habituado á connaturalizarse de tal manera con su organización, que puede ya ser considerada como un

(1) *Thérapeutique et Pharmacodynamie*, t. I, pág. 187.
(2) *Loc. cit.*, pág. 60.

nuevo elemento indispensable de la misma. El tóxico y el organismo han llegado á una transacción, á una especie de *modus vivendi*, en virtud del cual, incompatibles al principio, mutuamente se van tolerando después, llegando por fin á hacerse inseparables. Y como en estas condiciones el sujeto puede decirse que es ya otro, ocurre ahora que si suprimimos de pronto el tóxico ocurren graves trastornos, ni más ni menos que si se tratase de un sujeto normal al que se le privase de una sustancia indispensable para la vida. Aparecen entonces los síntomas llamados «*de abstinencia*» (porque se les ha comparado á los que sobrevienen en los sujetos sanos á los que se les priva de sus alimentos habituales), en virtud de la misma ley, ya citada al principio, de que todo cambio brusco es perjudicial para el organismo, incluso hasta la misma impresión de las enfermedades y de los tóxicos (1).

Se trata, pues, cuando el hábito está plenamente constituído para una sustancia y se suprime ésta, de necesidades verdaderamente nutritivas, que son las más apremiantes. Así es que se llegan á tomar cantidades inverosímiles, como las 8.000 gotas de láudano que, según se dice, llegó á tomar diariamente Coleridge, poeta inglés, autor de las *Confesiones de un comedor de opio* (2), y los 1,50 gramos de arsénico de los arsenicófagos de la Estiria.

Se comprende así lo imperioso de la necesidad del tóxico, que conduce á los enfermos á la manía y á la pasión furiosa por el mismo, á causa de la cual cometen los actos más inexplicables con tal de adquirir la preciosa sustancia. Así es, que personas incapaces de la menor transgresión de las leyes morales cambian hasta el punto de hacerse embusteros, ladrones... etc., y hasta las señoras de conducta más intachable olvidan á veces todo un pasado de honradez y de virtud, y descienden al arroyo ó se entregan en brazos del último dependiente de botica, con tal de satisfacer la necesidad del tóxico; entonces la responsabilidad moral y legal del individuo des-

---

(1) Los síntomas de abstinencia están descriptos magistralmente en los siguientes versos clásicos:

Un hombre que adolecía
De un dolor que cada día
Le daba á una misma hora,
Convaleció, y le hizo tal
Falta su dolor cruel,
Que no se hallaba sin él.
Previniendo mayor mal,
Con veneno se criaba
Un príncipe, y padecía
Mortal accidente el día
Que el veneno le faltaba.

*(Calderón de la Barca.)*

(2) Citado por Soulier: *Terapéutica*, edición española, t. I, pág. 57.

aparece por completo (1). Casos hay, en fin, en que los enfermos llegan hasta el suicidio.

Que tales fenómenos están bien llamados «de abstinencia», lo prueba el hecho de que desaparecen administrando de nuevo el veneno cuya privación era la causa de los mismos. Se citan casos de niños recién nacidos de madres morfinómanas que revivían bajo la influencia de la morfina que se les administraba, y á la que se habían habituado durante la vida intrauterina, mientras otros perecían si no se les administraba el tóxico.

No es nuestro objeto agotar este asunto de los caracteres del hábito, el cual, por otra parte, como se comprende, puede detenerse en cualquiera de las fases citadas, sin que tenga forzosamente el sujeto que recorrerlas todas. Pasemos, pues, ya á la interpretación que de todos los fenómenos citados puede darse.

***

*La atenuación progresiva de la acción de las sustancias á que nos habituamos* puede resultar, como dicen Gubler y Soulier, de dos factores: 1.° De un embotamiento ó disminución de nuestra sensibilidad. Y 2.° De una reacción cada vez más vigorosa del organismo.

*a)* Respecto al primero de ellos no hay que negar que la repetición de las excitaciones, el hábito, como decía el gran Bichat. «embota la sensibilidad y perfecciona el juicio».

Hasta para lo inorgánico se observa á veces, y se sabe, por ejemplo, que el hilo que conduce una corriente eléctrica, y que al principio se pone incandescente por el paso de la misma, pasado cierto tiempo ya no lo hace como no se aumente la intensidad, lo cual resulta de una disminución de la resistencia del hilo á causa tal vez de que las moléculas se han orientado en una determinada dirección.

Pero tal explicación es muy limitada é insuficiente, y es preciso acudir al otro factor, al de la *reacción cada vez más vigorosa del organismo*.

*b)* Gubler habla de *elasticidad orgánica,* lo cual puede pasar como símil, pero no como explicación del hecho. Esta hay que buscarla, á mi juicio, en la *Biología química* (2), vía por la que han

(1) Dr. Paul Rodet: *Morphinomanie et morphinisme*, pág. 211.

(2) Aunque parezca sutil la distinción, no es lo mismo, á nuestro juicio, Biología química que Química biológica. En la primera se estudian fenómenos producidos por sustancias químicas con los procedimientos experimentales propios de la Fisiología y de la Patología, *siendo en muchos casos desconocida la naturaleza química* de tales sustancias, que únicamente se nos revelan por sus efectos. En la segunda se estudia, ante todo, la composición química de las substancias que entran en la composición de los seres vivos, con los procedimientos propios de la Química, aunque desconozcamos muchas veces el papel biológico que desempeñan.

empezado á entrar algunos autores como Aud'houi y Arnozan (siguiendo las huellas de Bouchard, á quien se puede considerar como el verdadero creador de estos estudios), y en la cual pretendemos nosotros, si es posible, internarnos un poco más.

Conocidos de todos son los estudios tan interesantes de Bouchard acerca del coeficiente tóxico de las orinas, y cómo este ilustre profesor ha demostrado que la orina de la mañana contiene venenos convulsivos, mientras que al llegar la noche venenos soporíferos reemplazan á los primeros, de manera que el organismo fabricaría en estado de vigilia las sustancias que han de hacerle dormir y en estado de sueño las que han de despertarle. Nos encontramos, pues, ya con que el organismo fabrica *anticuerpos* (tomando esta palabra en su más amplio sentido), para cumplir funciones normales. Otro hecho de naturaleza análoga y de descubrimiento no tan reciente: el insigne Cl. Bernard (1) formuló la ley de que las sustancias alcalinas excitan las reacciones ácidas, y los ácidos las alcalinas.

Pero hay más: hay hechos que prueban hasta la evidencia que el organismo posee *defensas químicas* contra los venenos introducidos en su interior. En los animales superiores, especialmente, el protoplasma tiene normalmente una reacción alcalina, debida á los carbonatos de sodio y de potasio; y es tal la importancia de esta reacción, que todos los jugos circulantes contienen un exceso de sales alcalinas aptas para neutralizar los ácidos que se forman en los tejidos. «La capacidad del protoplasma de resistir á un ambiente aunque sea sólo neutro, se ha perdido completamente para los elementos anatómicos de los organismos superiores: las oxidaciones no se realizan en ellos sino en presencia de los álcalis. Y cuando por cualquier causa se producen en el organismo ó se introducen ácidos, son neutralizados por los álcalis fijos de los tejidos ó por los de la alimentación; y así, en algunos animales se observa que, agotada la provisión de álcalis fijos disponibles, el organismo recurre al amoníaco, que es uno de los productos de la metamorfosis regresiva de los albuminoídeos, y cuando al fin esto no basta ocurre la muerte» (2).

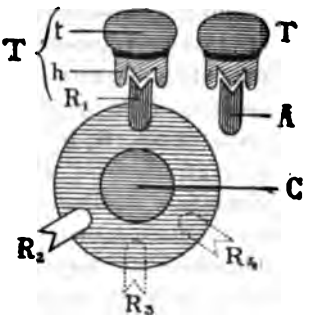
Pero los hechos más elocuentes en este sentido de las defensas químicas están en el dominio de la inmunidad adquirida artificialmente, ó sea de la *inmunización* en las enfermedades infecciosas, merced á la cual se llega á hacer refractarios á las toxinas microbianas, de las cuales se pueden inyectar después de algún tiempo

(1) *Leçons du Collège de France*, París, 1856.

(2) Giacossa: *Trattato di materia medica. Farmacologia e Toxicologia.* Torino, 1901, página 74.

cantidades enormes á animales que naturalmente no eran inmunes. Se trata, como se ve, en este caso de fenómenos *de habituación* á los venenos microbianos, la cual en el fondo es idéntica á la habituación para los restantes venenos.

Dicho de otro modo: la tolerancia que el hombre puede adquirir frente á diversas sustancias tóxicas, como el arsénico, la morfina, etcétera, no son más que casos de inmunidad adquirida (1). Esta idea ha sido magistralmente desarrollada por Arnozan (2). Pero antes de seguir á este autor en sus razonamientos, permítasenos recordar las hipótesis de Ehrlich acerca de la inmunidad adquirida artificialmente contra las toxinas bacterianas.




Esquema de la producción de las antitoxinas según la teoría de Ehrlich (tomado del *Precis de Bacteriologie de Courmont*).

C, célula; R, receptores; T, toxina con su grupo haptóforo (*h*) y su grupo toxóforo (*t*); A, receptor libre ó antitoxina.

La teoría de Ehrlich se funda en las dos hipótesis siguientes (véase el esquema adjunto), que expongo en gran parte según Courmont (3).

1.ª La célula viviente se compone de un *cuerpo* ó masa protoplásmica central (*c*) y de especie de brazos *receptores* ($R_1$) ó *cadenas laterales*, capaces de tomar á los humores normales las sustancias nutritivas y á los patológicos los venenos microbianos.

Comparando esto con la constitución de una sustancia compleja de la química orgánica, el cuerpo sería equivalente al núcleo central (como por ejemplo, el núcleo benzénico), y los receptores á las cadenas laterales de radicales que se sustituyen por otros en las reacciones químicas, en las cuales el núcleo central permanece por lo general inatacado.

2.ª La molécula de toxina (T) que produce ya la muerte, ora la inmunidad, está formada de dos agrupamientos atómicos distintos: el grupo *haptóforo* (*h*) y el grupo *toxóforo* (*t*).

El grupo *haptóforo*, más estable, dotado de afinidades para los receptores de células determinadas (variables según las toxinas), forma inmediatamente combinaciones químicas que fijan la molécula de toxina á las células. A favor del grupo haptóforo, que sirve de mordiente, el grupo *toxóforo*, que es la parte activa, desarrollaría su acción tóxica, la cual por sí solo no podría desplegar,

(1) Castro: *loc. cit.*, pág. 34.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Precis de Bacteriologie*, pág. 818.

necesitándose previamente que el haptóforo, sirviéndole de intermedio, le ponga en contacto con la célula; y como esto requiere cierto tiempo, se explicaría así la necesidad de la incubación en la intoxicación microbiana.

Veamos lo que ocurre cuando las toxinas (por haber sido inyectadas) se ponen en contacto con los elementos celulares. El grupo haptóforo de la molécula tóxica, «*á la manera de una llave que encuentra su cerradura*», contrae combinaciones químicas con las cadenas laterales de ciertas células, con exclusión de ciertas otras, y esta afinidad especial explica bien la especificidad del proceso. Las combinaciones formadas son estables, hasta el punto de que impiden á los receptores tomar á los humores las sustancias nutritivas que la célula necesita. Esta se encuentra entonces como fisiológicamente *amputada*, y perecería si no procediese á formar nuevas cadenas laterales ($R_2$ $R_3$ $R_4$ del esquema). Esto es lo que verifica; pero como, según una ley de Weigert, «toda neoformación es una sobreproducción», repitiendo las inyecciones de toxina se acaba por obligar á la célula á producir un exceso de receptores, los cuales, *quedando libres* por desprenderse de la célula madre, caen en nuestros humores y *constituyen las antitoxinas* (A), puesto que, como siguen conservando las mismas afinidades para con las toxinas, se apoderan de éstas antes de que lleguen al contacto de las células, y las preservan. «Los receptores obran así á modo de pararrayos que atraen el peligro sobre las células cuando están en continuidad con ellas, pero que las preservan cuando están aislados.»

El organismo se halla entonces inmunizado por estas sustancias, que, como se ve, son *productos normales de la actividad celular* (Ehrlich). La inmunidad se nos aparece, pues, al mismo tiempo que como una función de defensa, como un conjunto de procesos de nutrición.

Mencionemos aún para ser completos que, como en la molécula de toxina el grupo toxóforo es el menos resistente, se puede dar el caso de que por diversos procedimientos de atenuación (sustancias antisépticas, calor, envejecimiento de los cultivos, etc.) sea parcial ó totalmente destruído, mientras persiste el grupo haptóforo. Resultan así las llamadas *toxonas*, de acción más débil, pero que aún pueden producir fenómenos patológicos (parálisis diftérica, por ejemplo), y las *toxoides*, que son por completo inofensivas, aunque tanto unas como otras gocen aún de la propiedad de poder excitar la formación de antitoxinas, y de neutralizar éstas, dado que se conserve el grupo haptóforo.

En resumen: la teoría de Ehrlich de las cadenas laterales explica perfectamente todos los hechos de la inmunización activa para los venenos microbianos, considerándola como una serie de actos qui-

micos realizados por la célula en la lucha contra ellos, á los cuales, ya que no puede destruir, opone otros neutralizantes de los fenómenos nocivos que tales sustancias extrañas originan.

***

Mas nosotros creemos, ampliando el pensamiento de Arnozan, que esta teoría de Ehrlich es susceptible aún de mayores generalizaciones, llegando con ella hasta la explicación misma de la acción medicamentosa en general, y á la de los fenómenos de habituación á toda clase de venenos químicos (1).

Tenemos, en primer lugar, que no son sólo los microbios los productores de toxinas, sino las células de los diversos tejidos, las cuales, á su vez, dan origen á toxinas celulares ó *citotoxinas*, nocivas para determinadas clases de células de otro animal (*heterocitotoxinas*), ó aun del mismo (*autocitotoxinas*). Y siguiendo en esta vía, que indudablemente ha de ser fecunda en la Patología y en la Terapéutica de las enfermedades de la nutrición, se han obtenido también, á semejanza de las antitoxinas microbianas, las *anticitotoxinas* correspondientes.

La existencia de las citotoxinas y de las anticitotoxinas está demostrada por los siguientes experimentos de Bordet (2): inyectando repetidas veces sangre desfibrinada del conejo común á los conejillos de Indias, el suero de éstos, que en estado natural apenas ejerce acción nociva para los glóbulos del primero, se convierte en tóxico para ellos, á los cuales destruye (hematolisis). El suero de los conejillos de Indias así tratados es, pues, hemotóxico para el conejo. Pero lo curioso es que, si este suero hemotóxico se inyecta muchas veces á los conejos comunes, el suero de éstos resulta á su vez antihemotóxico, y protege á los hematíes contra la acción hemolítica del primer suero. ¿Qué diferencia hay, pues, entre estos hechos y los de inmunización bacteriana antes dichos? En el fondo, ninguna; y por esto creemos nosotros que la teoría de Ehrlich es perfectamente aplicable á estos casos, que resultan ser también *de habituación del organismo á la acción de los venenos celulares no microbianos.*

---

(1) Extractamos de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas* la nota siguiente: «El Profesor J. N. Langley (de Filadelfia) ha formulado (*Philadelphia Med. Journal*, Febrero de 1906) una *nueva teoría sobre la acción farmacológica*, que tiene muchos puntos de contacto con la teoría de Ehrlich, ó por mejor decir, es esta misma con nombres distintos. Así es que admite en la célula dos componentes. El primero consiste en sustancias encargadas de las funciones principales de las células (contracción, secreción, etc.), y el segundo lo forman las sustancias receptoras, llamadas por él «sinópticas». Cada clase de tejido poseería su sustancia receptora específica propia, y los diversos venenos actuarían según su naturaleza química y su afinidad con dicha sustancia, explicándose así la electividad medicamentosa.

(2) Véase Manquat, *Terapéutica*, última edición española, pág. 848 del tomo I.

Y avanzando un poco más, si la habituación se establece para estas dos clases de venenos, importando poco el origen de ellos, ¿qué de particular tendrá que se realice el mismo fenómeno tratándose de los tóxicos comunes de orden químico, que son también, como los anteriores, elementos extraños á la constitución normal de las células á que atacan? Nosotros creemos, generalizando la concepción genial de Ehrlich, que la producción de antivenenos es una función celular contra las sustancias tóxicas, cualesquiera que sean su naturaleza y su origen; uno de tantos mecanismos defensivos como posee nuestro organismo contra los agentes químicos extraños á su composición normal.

***

Resultan de este modo explicables, á mi juicio, todos los fenómenos de la habituación. *El hecho de que el organismo se habitúe á unos venenos y á otros no* debe de estar en relación con las afinidades químicas entre las sustancias de que se trate y los receptores ó cadenas laterales. Si la afinidad es grande, los receptores contraen combinaciones con las sustancias tóxicas, y, en virtud de la ya citada ley de Weigert, hay una sobreproducción de receptores, que al quedar libres constituyen las antitoxinas. Dicha sobreproducción será mayor ó menor según la intensidad del estímulo ejercitado por el veneno, debiendo ocurrir aquí algo parecido á lo que sucede con la producción de antitoxinas bacterianas, en las cuales la cantidad de las mismas que se forma es muy desproporcionada, comparada con la de la toxina por cuyo estímulo se produce. Es sabido que la antitoxina fabricada por el organismo es capaz de neutralizar grandes cantidades de toxina, y, según Knorr, la producción de antitoxina por un caballo puede llegar hasta 10.000 veces la cantidad de toxina inyectada.

Explícase así también fácilmente *la necesidad de elevar las dosis de veneno para producir los mismos efectos*, dado que la cantidad creciente de antitoxinas en la sangre es causa de que el veneno sea aprisionado por ellas antes de llegar á las células, pudiendo solamente alcanzar á éstas en el caso de que esté en exceso, para lo cual se hace preciso elevar cada vez más las dosis.

Que esta inmunización ó habituación *es en realidad una verdadera intoxicación* no necesitamos demostrarlo, y en realidad deberíamos decir que, en el caso de la habituación á los venenos no celulares ni microbianos, se trataría más bien *de un doble envenenamiento* producido simultáneamente por las sustancias tóxicas y por los antivenenos, los cuales *existen á la vez en el organismo, en donde producen á un tiempo sus efectos antagónicos*, sufriendo la célula orgánica, colocada, por decirlo así, entre dos fuegos, las consecuencias de este conflicto.

¡Que no es lo mismo que el corcel esté parado por estar en reposo que porque se halle á la vez solicitado por la espuela, que le estimula, y por las riendas, que al mismo tiempo le reprimen! Y así las células, lejos de estar inexcitadas, se hallan solicitadas á la vez por fuerzas que obran en sentidos opuestos. ¿Qué de particular tendrá, pues, que á la postre padezcan, aunque no sea más que por agotamiento, y se presenten los variados síntomas de intoxicación propios de los hábitos medicamentosos?

Y, en fin, *los síntomas de abstinencia, así como la necesidad irresistible del veneno, las toximanías*, etc., encuentran también lógica explicación. Suprimido bruscamente el veneno, el organismo queda por completo bajo la acción del antivéneno; y como éste es en muchas ocasiones tóxico como el primero y además no está contrarrestado por él, aparecen violentos y terribles los citados síntomas de abstinencia, que no se calman más que con nuevas cantidades del agente tóxico. Mas como éste excita al organismo á la formación de crecientes cantidades de antitoxinas, y como éstas á su vez necesitan ser saturadas por nuevas cantidades del veneno, el organismo se encuentra dentro de un círculo vicioso imposible de romper bruscamente sin graves consecuencias para el desgraciado enfermo víctima del hábito maldito.

Hasta ahora hemos tratado de explicar los casos de habituación; pero ¿y los casos de acumulación y de eretismo y aquellos otros en los que no se observan ni éstos ni la habituación? A nuestro juicio, los primeros podrían resultar de que, siendo grande la afinidad de los venenos para con los receptores, falta sin embargo el estímulo para que éstos se reproduzcan, de lo cual resulta que, faltando las antitoxinas defensivas, los primeros actúan sobre los receptores unidos á las células, y por lo tanto sobre éstas, cada vez con mayor intensidad. Los casos en que la acción es siempre de la misma energía son intermedios entre la habituación y el eretismo, habiendo, como en éstos, afinidad por los receptores; mas produciéndose éstos sólo en cantidad equivalente á la que es neutralizada por los venenos.

En fin, hasta la misma inmunidad natural de que gozan ciertos individuos (1) contra determinados venenos, así como contra ciertas infecciones, podría explicarse por el hecho de que la afinidad para los receptores fuese nula ó porque estos últimos no existiesen.

Bien sé que á esta manera de pensar pueden hacerse objeciones de alguna importancia, de entre las cuales se me ocurre como la

---

(1) Stockvis (*Leçons de Pharmacothérapie*, t. I, pág. 154) cita el caso de un farmacéutico que, sin haber tomado nunca morfina, no pudo suicidarse con ¡gramo y medio! de esta sustancia tomada de una vez.

más importante la siguiente: ¿cómo es que no en todos los casos de habituación se observan los síntomas *de abstinencia?* Empezando porque hasta las mismas antitoxinas microbianas, en la hipótesis de Erlich, debieran ya provocar (por ejemplo, en los animales inmunizados) los citados síntomas cuando se deja de inyectar toxinas. Puestos ya á imaginar, diremos que *la característica principal de las antitoxinas* no es precisamente la de ser ellas también tóxicas, sino *la de neutralizar las toxinas* independientemente de lo primero; pues, como se comprende, puede darse el caso de toxinas muy enérgicas para el organismo, y en cambio de antitoxinas indiferentes para el mismo. Después de todo, no hay que extrañarse de que ocurra esto para las antitoxinas, cuando ocurre ya en las propias toxinas, como más atrás hemos visto en las llamadas *toxonas* ó toxinas atenuadas y *toxoides*, que carecen en absoluto de poder tóxico, sin que por eso dejen de provocar la formación de antitoxinas ni de neutralizar éstas. Habría, pues, también para ciertas intoxicaciones, en vez de las antitoxinas, tóxicas también como las toxinas, *antitoxonas* y *antitoxoides*, las cuales, por ser poco ó nada tóxicas, no provocarían la aparición de síntomas de abstinencia cuando se suprime la toxina primitiva. Valga, pues, esta explicación, que hasta el presente no está en contradicción con ninguno de los hechos observados, á la vez que los explica racionalmente, dado que éstas son las condiciones que toda hipótesis científica debe poseer para ser admisible.

***

¿Qué *aplicaciones prácticas* podemos obtener de estas nociones teóricas sobre los hábitos medicamentosos?

Varias que someramente voy á enumerar.

En primer lugar, la *necesidad de evitarlos*, para lo cual hay que hacer saber á los enfermos y á sus deudos los peligros á que se expone el que cae bajo la acción nociva de los mismos, así como el procurar que no manejen por sí mismos ni que tengan á su disposición los medicamentos y utensilios (tales como jeringuillas, disoluciones, etc.) que sirven para aplicarlos. El médico es muchas veces cómplice inconsciente de lo que ocurre.

En segundo término, que *no se pueden suprimir bruscamente* los hábitos medicamentosos (ni en general los patológicos) sin causar perturbaciones graves al organismo ya adaptado al nuevo modo de ser, y que deben tenerse presente estos hábitos porque el veneno, á pesar de ser tal, se ha hecho ya necesario en el mecanismo anormal de la nutrición del enfermo, y hay casos en que sólo la administración del mismo suprime los accidentes más ó menos graves que se presentan, ya en el caso de la misma habituación (síntomas de abs-

tinencia) ó ya en el de otras enfermedades intercurrentes (*delirium tremens* en los pulmoniacos alcohólicos).

Además, como hace juiciosamente notar Arnozan, será siempre sagaz, cuando esté indicado un medicamento de los que se habitúan, *dar de pronto las dosis suficientes* en vez de darlas tímidamente cada vez mayores, de lo que resultará que cuando en un caso dado se llegue á administrar la dosis normal el organismo esté acaso ya reaccionando contra el remedio y la acción sea poco eficaz. Tal ocurre á veces con ciertos casos de paludismo que se eternizan y se hacen crónicos por no dar al principio la dosis necesaria de la sal de quinina que hace falta. Y no olvidemos tampoco que los microbios y parásitos, sometidos como nosotros mismos á las leyes del hábito, *se adaptan* á veces á la acción de los antisépticos cuando éstos se emplean á dosis mínimas, y acaban por quedar definitivamente dueños del campo; de modo que una de dos: ó no administrar los antisépticos, ó hacerlo desde el principio, si hay verdadera indicación, con energía y sin vacilaciones.

***

Y sólo me falta, para concluir, consignar una muy fundada esperanza digna de convertirse en realidad: la de que los hábitos medicamentosos, que hasta el presente sólo se nos han revelado *como fenómenos patológicos* altamente nocivos que hay que evitar ó curar, se nos muestren en adelante *como agentes profilácticos y terapéuticos*, es decir, como útiles y eficaces colaboradores de la obra del médico en la lucha contra las enfermedades. Tal esperanza no es quimérica. Por lo pronto, la inmunización sueroterápica no es, según ya hemos dicho, más que un caso particular de habituación á los venenos, y ya sabemos con qué brillante éxito se emplean actualmente los sueros como medios preventivos y curativos en infecciones que eran antes terribles plagas epidémicas y endémicas. Los modernos estudios sobre las citotoxinas ó venenos celulares y las anticitotoxinas son también una esperanza de que por la habituación lograremos éxitos imprevistos en las afecciones de la nutrición, produciendo afecciones constitucionales inversas que pongan al organismo en estado de incapacidad para padecer las primeras; y en lo que se refiere á los venenos de origen extraorgánico, hay acaso también aquí una poderosa fuente de recursos preventivos y curativos, si se realizan las tentativas de obtener sueros de animales inmunizados contra diversos venenos, tales como el antialcohólico, ideado por Toulouse, y el de Claise, contra el envenenamiento por los hongos.

¿No podría acaso también emplearse con éxito el suero de animales habituados á la morfina y aun el de hombres morfinómanos

mismos, si á ello se prestaran, contra la intoxicación aguda por el opio ó la morfina?

Es un nuevo camino que se abre á la investigación, y que será acaso muy fecundo en resultados, éste de buscar por medio de los sueros ó de los antitóxicos la manera no sólo de curar, sino de prevenir los envenenamientos, cualquiera que sea su origen; terreno en el cual, en nuestra humilde opinión, se darán la mano, en un no muy lejano porvenir, la Higiene, bello ideal de la Medicina, pero impracticable en muchos casos, y la Terapéutica, triste realidad de todos los momentos; surgiendo de la mezcla de ambas la que pudiéramos llamar *Terapéutica profiláctica ó Profilaxis terapéutica,* la cual combatirá las causas de enfermedades, no antes de que se presenten, porque esto es muchas veces querer atacar á un enemigo imaginario, ni después de que hayan desaparecido ya, persistiendo sólo las lesiones engendradas por ellas, sino en los momentos mismos en que bajo su influjo se fraguan los primeros desórdenes, haciendo *abortar*, por decirlo así, los procesos morbosos en su período de germinación y antes de que se hayan producido destrozos irreparables, contra los cuales somos ya después absolutamente impotentes.

---

## ALGUNAS CONSIDERACIONES CLÍNICAS SOBRE LAS HERNIAS INGUINALES

Por el Dr. D. P. Lozano Ponce de León

Del Instituto Rubio.

La hernia inguinal, por su extraordinaria frecuencia, tanto en el hombre como en la mujer, así como por los accidentes graves que su existencia puede acarrear, y sobre todo por ser en los tiempos actuales una de las enfermedades que con más eficacia trata la cirugía, merece que la consagremos algunas líneas, que sirvan como de complemento obligado al trabajo que, bajo el título de *Hernia inguinal muy voluminosa,* publicamos en el número anterior de la Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas.

Nos conviene recordar que la hernia inguinal puede ser congénita y adquirida, y que la primera hállase formada por deficiencia en el proceso de obliteración normal del canal peritoneo-vaginal.

La hernia adquirida, por el contrario, es independiente de la conformación del canal peritoneo-vaginal, y por tanto, es hernia que puede denominarse de canal cerrado, hernia directa, de debilidad, de viejos, recibiendo estos últimos nombres con justicia, porque su existencia corresponde á la debilidad de la pared en la fosa inguinal media, limitada, como todos recordamos, por las arterias epigástrica y umbilical.

Por el distinto punto de emergencia, la constitución de las paredes del saco herniario es diferente en las hernias congénitas, mejor dicho, en las hernias de canal abierto, y en las directas ó de canal cerrado; y la razón es sencilla. En primer lugar, la hernia inguinal directa hállase alojada á su salida por el anillo inguinal exterior (nos referimos al superficial, que así debe llamarse y no externo, y que se halla frente por frente de la fosa inguinal media), entre la vaina superficial y la profunda del cordón, esto es, entre el cremáster y la fibrosa común, á diferencia de las hernias de canal abierto, que se hallan comprendidas ó encerradas en la vaina fibrosa común; además, el saco peritoneal de las hernias directas hállase rodeado por la fascia transversalis rechazada y la fascia propia, mientras que en las congénitas de canal abierto falta la fascia transversalis, que envuelve el saco herniario de las directas, porque éste atraviesa el anillo interior del conducto inguinal por el punto preciso en que dicha fascia se halla perforada.

Las hernias de canal cerrado externas, á pesar de atravesar todo el conducto inguinal, ofrecen las mismas particularidades en su constitución que las directas, porque no se insinúan por el orificio de la fascia transversalis, sino que rechazan ésta en algún pliegue formado en las inmediaciones del anillo, y, además, tampoco están contenidas en la fibrosa común del cordón.

La hernia congénita ó de canal abierto, que rara vez puede apreciarse en el acto del nacimiento, sabemos es la que desciende en un saco preformado, congénito; esto es, en el canal peritoneo-vaginal no obliterado en su extremo superior, ó lo que es lo mismo, en la prolongación peritoneal que se halla relacionada con la emigración del testículo. Su causa determinante hállase, pues, reducida á la disposición anormal congénita del canal peritoneo-vaginal, que en la mujer hállase representado por la prolongación del peritoneo que acompaña en el feto al ligamento redondo, llamada canal de Nuck, el que por anomalías de desarrollo puede permanecer abierto como en el hombre y determinar la aparición de una hernia inguinal.

En su anormal evolución, el canal peritoneo-vaginal ofrece multitud de variaciones, que, respecto á las hernias que determinan, dan lugar á las distintas formas de éstas, llamadas: primero, completa, que es aquella cuyo saco herniario se extiende hasta el testículo; segundo, incompleta, que es la que por obliteración del canal en alguna de sus porciones, el saco sólo avanza, en el primer grado de esta variedad, al vestíbulo retro-parietal (hernia preperitoneal); en el segundo, hasta un punto del trayecto del conducto inguinal (hernia intersticial), y en el tercero, el saco acompaña al cordón en cualquier punto del espacio comprendido desde su salida por el anillo

exterior del conducto inguinal hasta el testículo, sin comprender éste (hernia funicular); designándose con el nombre de testicular las hernias completas antes mencionadas.

Estas anomalías del canal peritoneo-vaginal no quedan reducidas á servir de causas determinantes de la hernia inguinal; hay otras dos enfermedades que nos importa consignar y que se originan con mucha frecuencia por esta disposición anómala de desarrollo: los quistes del cordón y la ectopia testicular.

En cuanto á los quistes del cordón, también llamados hidroceles del mismo, la causa que determina su aparición no puede ofrecerse con más claridad.

En un punto ó varios puntos del trayecto del conducto peritoneo-vaginal, anormal, ocurre una obliteración más ó menos completa, lo que da lugar á que la secreción de la serosa se acumule en una cavidad cerrada ó casi cerrada, formando un quiste ó varios quistes. Insistimos acerca de lo incompletamente cerrada que á veces puede estar la cavidad quística, porque conviene tenerlo presente como elemento de diagnóstico. Nada más fácil de precisar si un abultamiento de la ingle en un recién nacido es una hernia ó un quiste del cordón, cuando se trata de un quiste funicular que no se insinúa en las paredes del conducto inguinal, puesto que á su forma y contornos esféricos hállase unida la falta de continuidad á través del conducto inguinal. Pero las dificultades diagnósticas aumentan cuando el quiste se prolonga y se pierde dentro del conducto inguinal, en cuyo caso la falta de reductibilidad en el quiste será la más sólida base en que podremos sentar nuestro diagnóstico; pero cuando la obliteración del quiste no es completa, la presión determina el vacío del quiste, cuyo contenido, poco á poco, pasa á la cavidad peritoneal, si otro quiste preperitoneal no existe en comunicación con el exterior. En estos casos, que realmente ofrecen seria dificultad diagnóstica y que debemos tener presentes, puede sacarnos de duda la forma distinta de reducirse el quiste y la hernia. En el primero, en efecto, la reducción se hace lentamente y mediante la presión continua sobre su superficie, y además de un modo que pudiéramos denominar silencioso; en el segundo se opera la reducción rápidamente y dando lugar á ese ruido especial que se percibe al comprimir sobre la hernia, y que no se olvida una vez conocido, debido á introducción *tumultuosa* de los intestinos en la cavidad del vientre.

Y no sólo para el dignóstico nos importa tener presente la posible comunicación del hidrocele del cordón con la cavidad peritoneal, sino para el tratamiento; pues se comprende fácilmente que no debe ser exenta de peligros la punción seguida de inyección de líquidos irritantes de un hidrocele del cordón que se comunica más ó menos

ampliamente con la cavidad peritoneal. Por este motivo, nosotros creemos que todo quiste del cordón debe ser operado á campo abierto, persiguiendo á través del conducto inguinal la prolongación del canal peritoneo-vaginal, que casi constantemente ha determinado una hernia de primer ó segundo grado, esto es, preperitoneal ó intersticial. Procediendo de este modo, exento de inconvenientes, desde la más temprana edad (dos años en adelante), nos evitaremos los peligros que puede acarrear una inyección que pase á la cavidad peritoneal, y habremos hecho una cura radical, tanto del quiste como de la hernia, que casi siempre le acompaña.

Respecto de la ectopia testicular, cuyo origen y tratamiento merecen capítulo aparte, y de la que nos ocuparemos en otra nota clínica, sólo diremos ahora que casi siempre va acompañada de una anomalía en el desarrollo del canal peritoneo-vaginal y por consecuencia de una hernia. Así es que en el momento de operar una ectopia del testículo debemos investigar si existe al mismo tiempo una hernia, para, en este caso, á la vez hacer la cura radical.

Uno de los accidentes más frecuentes y á la vez más graves que pueden presentarse en un sujeto herniado es la estrangulación, acompañada de vivos dolores en la región, vómitos, que no tardan en hacerse fecaloides, tumoración irreductible, palidez de la cara, sudores fríos y difusos, etc., etc. Todos estos síntomas, con parecer tan característicos y peculiares de la estrangulación, pueden presentarse en dos circunstancias bien distintas, dejando nuestro ánimo un tanto perplejo; estas circunstancias ocurren cuando se trata de la torsión de un testículo ectópico ó de un quiste de cordón inflamado.

No hace muchos días, se presentó en el Dispensario de Cirugía general, acompañado de su padre, el niño Manuel Molina, de diez años de edad, el que presentaba una tumoración muy dolorosa que se extendía desde el centro del conducto inguinal hasta el escroto derecho; según las noticias que el padre del enfermito nos proporcionó, dicho abultamiento se lo notaron á poco de nacer, pero nunca le había proporcionado al niño los dolores que en aquel momento aquejaba y que se iniciaron el día anterior.

La irreductibilidad del tumor, los dolores intensos que el enfermo acusaba, exacerbados en el momento del reconocimiento, así como los antecedentes, hacían pensar en la posibilidad de una hernia estrangulada; pero la falta de reacción peritoneal, la consistencia líquida del tumor y el enrojecimiento de la piel hizo que nuestro diagnóstico fuera: hidrocele inflamado del cordón.

Recibimos al niño en aquel mismo momento en la enfermería, le tuvimos completamente quieto en la cama, ordenamos le pusieran cada dos horas fomentos calientes, sujetando el escroto en posición

un poco elevada mediante una T de ano, y vimos con satisfacción que nuestro diagnóstico quedó confirmado, cesando los dolores, disminuyendo la coloración sonrosada de la piel, y cediendo en pocos días la turgencia que la tumoración ofrecía en el momento de nuestro primer reconocimiento, hasta el punto de desaparecer casi por completo en todo el trayecto del cordón y no quedar nada más que una tumoración dura y limitada en las proximidades del testículo.

Ayudado por el Dr. Martínez Suárez, operé este enfermito el día 11 del corriente, y nos encontramos con un quiste del cordón, que se extendía desde el centro del conducto inguinal hasta el testículo, que quedaba envuelto por el quiste como en la vaginal propia; dicho quiste estaba sin comunicación alguna con el résto del canal peritoneo-vaginal, que se prolongaba hacia su extremo superior, y al que perseguimos previa incisión de toda la pared anterior del conducto inguinal, extirpando el saco herniario preperitoneal que existía. El líquido quístico se había casi en totalidad reabsorbido: la parte inferior del saco quístico, que envolvía el testículo como la túnica vaginal lo hace de ordinario, estaba sumamente engrosada y fué resecada en gran extensión; terminando la operación con sutura metálica con hilo de plata de toda la pared anterior del conducto inguinal.

La calma con qué en este caso hemos procedido es el anverso de la precipitación con que debemos intervenir siempre que diagnostiquemos una estrangulación. Se podrá argüir que cabe la confusión entre una obstrucción intestinal y una estrangulación; pero esto, que establece una distinción sutil en cuanto al diagnóstico, pierde importancia cuando se llega al punto más esencial, que es el tratamiento.

La estrangulación, hallándose constituída en la inmensa mayoría de casos en que se presenta por el paso forzado de un asa intestinal ó de varias á través de estrecheces ó válvulas que ofrece el saco, esto es, el canal peritoneo-vaginal, la observamos de un modo casi constante en las hernias congénitas de canal abierto de que nos hemos ocupado; mientras que la obstrucción intestinal, hallándose limitada á la retención de excrementos en un saco casi siempre voluminoso (como ocurría con suma frecuencia en el operado de hernia voluminosa de que dimos cuenta en el número anterior de la Revista), obedece al difícil paso del excremento por un intestino, cuya posición viciosa trastorna su funcionamiento normal, es frecuente en aquellas hernias adquiridas y voluminosas, cuyo saco no presenta de ordinario las estrecheces tan comunes en las hernias congénitas.

Pero bien se trate de una estrangulación ó de una obstrucción intestinal, no se debe perder tiempo con largas sesiones repetidas

de taxis, sino que se debe disponer todo lo necesario para la kelotomía; operación exenta de los peligros que antes provocaba, gracias á la asepsia actual, con lo cual habremos evitado no sólo el esfacelo del intestino, con todas sus consecuencias, sino la infección peritoneal, que en el transcurso de la estrangulación crea un peligro inmenso para la vida del enfermo. Además, con la cura radical que debe seguir á la kelotomía, evitaremos las molestias y peligros que la existencia de una hernia siempre ocasiona á un enfermo.

Como hecho frecuente de observación, conviene consignar que la cloroformización facilita extraordinariamente la taxis, y por lo tanto debe utilizarse, no sólo como primer tiempo de la kelotomía, sino como medio de practicar la taxis, cuando por cualquier circunstancia sea imposible el disponer de los elementos necesarios para la kelotomía.

Diciembre de 1906.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Cirugía del aparato digestivo.

*Tratamiento del cáncer del estómago*, por Mayo Robson. (*The Lancet*, 18 Agosto.)

El tratamiento médico está dicho en pocas palabras: no es capaz de procurar la curación, pero contribuye á prolongar la vida. Se emplea en los casos demasiado avanzados para ser intervenidos, ó en los enfermos que rechazan la intervención. Consiste en alimentar á los pacientes cuanto es posible, calmando los dolores y los demás síntomas accesibles.

Sólo el tratamiento quirúrgico ofrece la esperanza de curación.

Para obtener los mejores resultados, el médico y el cirujano deben obrar de acuerdo, de modo que por el diagnóstico efectuado á tiempo la operación pueda ser precoz.

Durante algún tiempo el cáncer es afección local, para el estómago lo mismo que para la mama ó el útero. La dificultad estriba en hacer su diagnóstico precoz, por lo cual es necesario proceder al examen pronto y completo en todos los casos de afección gástrica sospechosa, practicando en caso de necesidad una operación exploradora para completar el diagnóstico. Esperar á que el tumor se desenvuelva bastante para ser perceptible á través de la piel es perder un tiempo precioso para la operación radical. La certidumbre del diagnóstico no puede ser obtenida más que por el examen digital efectuado á través de una pequeña incisión de la piel, poco peligrosa sirviéndose de la cocaína, hecha cuando por la exploración surge la indicación operatoria, dispuestos á continuarla llevándola á cabo en el acto si por los nuevos datos adquiridos resultase confirmada su necesidad.

Si la ablación pareciese imposible por lo extenso de la lesión, la existencia de adherencias ó la presencia de ganglios, se podría recurrir con ventaja á la gastro-enterostomía.

En los casos de verdadero cáncer la operación dependerá de la posición del tumor, de su extensión, de la presencia de adherencias y de la existencia de ganglios infectados ó de tumores secundarios.

Si el tumor asienta en la región del cardias estará indicado hacer la gastrostomía ó la yeyunostomía, á condición de que la operación no sea hecha demasiado tarde; la intervención es sencilla y

puede ser hecha rápidamente con cocaína. En varios casos los enfermos han sobrevivido un año ó más y han ganado varias libras.

Cuando la lesión ocupa el píloro y causa la oclusión, si hay adherencias extensas, ganglios ó tumores secundarios, no sería prudente ensayar la pilorectomía ó la gastrectomía parcial; en estos casos la gastroenterostomía produce el mayor alivio.

La operación radical está indicada cuando la lesión se encuentra limitada al estómago, los ganglios no están seriamente invadidos y el enfermo tiene un estado general satisfactorio. La yeyunostomía sólo es posible en los casos en que el proceso ha invadido gran extensión del estómago, cuando la gastroenterostomía se ha hecho impracticable; puede ser practicada á través de una incisión exploradora con mucha rapidez y prolongar la vida varios meses y aun un año.

---

*Operaciones por cáncer del estómago*, por B. Moynihan (de Leeds). (*The British Med. Journal*, 1906, pág. 870.)

Es un estudio clínico y estadístico basado en 70 casos personales, ocupándose con interés del período precanceroso.

En 16 enfermos de 22 de los cancerosos observados, ó sea en el 72,1 por 100, había habido úlcera gástrica varios años antes.

De los 70 operados uno solo ha sobrevivido durante cuatro años; por lo cual Moynihan se pregunta cuáles serán las causas de la ineficacia de la intervención con respecto á lo que sucede en los de otros órganos. Está demostrado, en efecto, que este género de neoplasmas no evoluciona más rápidamente que otros; pero es evidente que el diagnóstico no es jamás bastante precoz ni nunca la extirpación bastante completa; lo que atribuye á ignorancia de la distribución linfática del órgano.

Los resultados deben mejorarse lógicamente si se puede, operando más pronto y extirpando hasta sobrepasar los límites de la infiltración cancerosa, que en los primeros períodos no tiene tendencia á invadir los órganos vecinos, conforme lo demuestran las autopsias.

Como los métodos clínicos actuales no permiten de ninguna manera hacer un diagnóstico precoz, debería ser fácilmente admitido el empleo de la *incisión exploradora*, no para *confirmar* el diagnóstico, sino para *hacerlo*.

---

*Indicaciones del tratamiento quirúrgico del cáncer del estómago*, por el Dr. Noir. (*Bull. off. des Soc. Méd. d'Arrondis*, 20 Septiembre 1906.)

Para obrar útilmente en el cáncer gástrico es necesario intervenir precozmente; con demasiada frecuencia los enfermos son envia-

dos muy tarde al cirujano. Pasado el momento oportuno de la intervención, sólo cabe el tratamiento paliativo.

En el estado actual de nuestros conocimientos, se llega á aconsejar la laparotomía exploradora como primer tiempo de una operación más completa si hubiera lugar á ella.

Si el diagnóstico de cáncer está confirmado, el problema á dilucidar está en las probabilidades de supervivencia y los riesgos operatorios.

La mortalidad de la gastrectomía según las últimas estadísticas es inferior á 29 por 100; la operación es, pues, grave. La situación no es mucho mejor para la gastroenterostomía, conviniendo hacer notar que en ella se deja el tumor, con lo que no puede esperarse más que una supervivencia más ó menos larga, por lo que, á riesgo operatorio igual ó aun algo superior, es lógico dar la preferencia á la gastrectomía.

Después de ella la supervivencia ha variado de dos á ocho años; después de la gastroenterostomía la muerte ha sobrevenido en casos excepcionales de dos á dos y medio años; con más frecuencia ha sido á los seis y medio meses, cuando la operación se ha practicado como último recurso; sin embargo, aun en las malas condiciones en que entonces se encontraban los enfermos, la alimentación se hace posible, los vómitos desaparecen y el apetito renace, al punto que durante algunos meses el enfermo parece volver á la salud; pero la ilusión dura poco y la caquexia prosigue su obra.

La localización del tumor en el píloro constituye la primera indicación operatoria, habiendo entonces más probabilidades de poder hacer una operación radical, porque los síntomas son más precoces y el tumor es más fácil de quitar.

Se aconsejará la operación si se cree limitado el tumor y fácilmente accesible; para ello se tendrá en cuenta el tiempo transcurrido desde el comienzo de la enfermedad.

Los casos en que la ablación del tumor es posible son bastante limitados, sobre todo en razón de las contraindicaciones operatorias.

Por el contrario, puede haber con más frecuencia ocasión de hacer la gastroenterostomía, operación de necesidad que puede prolongar la existencia de los enfermos amenazados de muerte inmediata por inanición.

En resumen: aun cuando pequeño número de cancerosos puede ser operado, es necesario no desechar sistemáticamente la intervención, sino aplicarla según las indicaciones.

---

*La hernia epigástrica*, por Alejandro Miles. (*The Edinburgh Med. Journal*, Abril 1906. *Revue de Thérapeutique*, 15 Julio 1906.)

Expone y pasa revista, con citación de casos, á todas las hernias de la línea blanca que se presentan entre el ombligo y el apéndice xifoides.

El aspecto lipomatoso de muchas de ellas, su reductibilidad habitual, así como la intermitencia de su aparición, son hoy bien conocidas. En la adolescencia es cuando se las encuentra con más frecuencia.

Miles parece creer que su tendencia á la curación espontánea es rara, cuando sucede más bien lo contrario; porque muchos de estos jóvenes que se han visto una vez no vuelven más. De otra parte, la incomodidad de los vendajes destinados á contenerlas es tal, que no son tolerados.

En realidad, si las hernias no están situadas en un punto máximo de presión abdominal y no aumentan más que por los esfuerzos, en particular los de la tos, sería necesario más bien admitir que la musculatura abdominal favorece su curación espontánea desarrollándose.

Miles hace resaltar con justa razón que son susceptibles de estrangulación súbita, aun cuando no hubiesen hasta entonces molestado á quien las tiene. Este es motivo suficiente para justificar su opinión de que toda hernia permanente de esta región debe ser tratada por la cura radical, sencilla y fácil cuando no ocurre accidente alguno.

Para ello se descubre el anillo por una incisión vertical ó transversal; se libera y abre el saco, se le divide si es necesario antes de ligarle, y se le fija al interior del abdomen por una sutura con catgut (macewen), de manera á formar tapón. En cuanto á los pilares del anillo, se les suturará á punto entrecortado, ya transversal, ya verticalmente, según los casos.

Cuando se opera para desestrangularla, la incisión semilunar parece preferible, para evitar la vecindad de los intestinos, no pocas veces cercanos; siendo tan sencillo como en las otras hernias, reconocido y quitado el obstáculo, hacer la resección del asa del yeyuno gangrenada y reunir sus extremos. Si los vómitos persisten, se harán cesar por el lavado del estómago.

---

*La palpación del apéndice vermicular y su valor en la apendicitis crónica*, por M. Th. Hausmann. (*Rousk. Vratch.*, 8 Julio 1906.)

Según la mayor parte de los autores, el apéndice no sería accesible á la palpación más que cuando estuviera espesado y tumefac-

to, por lo que todo apéndice que se deja tocar es considerado como enfermo. Pero no lo cree así Hausmann, que ha podido convencerse, por el contrario, que cuando no existen condiciones desfavorables (gran panículo adiposo, meteorismo, tensión muscular exagerada, hiperestesia de la pared abdominal, etc.), el apéndice, aun siendo normal, no escapa á la palpación, con tal que sea practicada metódica y regladamente.

Antes de proceder á su busca es necesario determinar la situación topográfica y el estado de los órganos abdominales, en particular del intestino grueso, del ciego, y la presión del intestino delgado que á él aboca, que hay riesgo de confundir con el apéndice.

Según su experiencia, la palpación del apéndice presentaría valor considerable, sobre todo para diagnosticar la apendicitis crónica, mucho más frecuente que la aguda, pero la más comúnmente desconocida. Ante todo se averigua habitualmente el punto de Mac-Burney: si está doloroso se afirma la existencia de la apendicitis, y se la niega si no lo es. Y nada menos exacto, puesto que no traduciendo más que la sensibilidad de ciertos plexos nerviosos de la cavidad abdominal, puede observarse con frecuencia, sobre todo en los sujetos nerviosos, en ausencia de toda lesión apendicular, pudiendo permanecer indolente en casos evidentes de apendicitis. Sólo cuando por palpación se nota el apéndice doloroso, espesado ó tumefacto, puede afirmarse categóricamente la existencia de la apendicitis crónica.

El método de Hausmann se recomienda en particular en los casos de apendicitis latentes, que evolucionan sin dar lugar á manifestaciones morbosas estimables, y en los de apendicitis larvadas (Ewald), en las que los dolores pueden faltar, reemplazados por fenómenos dispépticos gastro-intestinales con diarrea ó constipación, ó significarse, no en la región de la fosa ilíaca derecha, sino en otra, como el epigastrio ó la ilíaca izquierda. Conviene hacer notar que por la palpación de cualquier órgano abdominal es fácil provocar dolor, no á su nivel, sino en otro punto, que corresponde, sea á un ganglio celíaco unido á la víscera por plexos del simpático, ó la distribución de estos plexos mismos. Este fenómeno de *transmisión* del dolor, que se observa en las flegmasías del apéndice lo mismo que en las afecciones de todos los órganos abdominales, es susceptible de inducir á error á poco que se tenga tendencia á basar el diagnóstico exclusivamente sobre determinado punto doloroso.

Casos hay en que la situación del apéndice hace la palpación difícil: tal sucede cuando está detrás del ciego; y otras, por el contrario, es fácil, como acontece siempre que se dirige hacia adelante, pasando sobre el músculo psoas.

---

*Tratamiento operatorio de las estrecheces tuberculosas intestinales múltiples*, por H. Ito y S. Asahara. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.* LXXXII, 4-6.)

Estas estrecheces son menos raras que se creía; han sido objeto de intervenciones relativamente numerosas; pero si la indicación del tratamiento quirúrgico es admitida por todos, la elección de procedimiento es discutible con frecuencia: de aquí el interés de publicar y analizar los hechos nuevos.

Ito y Asahara exponen cinco casos: en tres practicaron la entero-anastomosis, uno la resección y uno la simple laparotomía exploradora, y he aquí el resumen de las comprobaciones hechas y los resultados operatorios:

Primer enfermo. Cuatro estrecheces muy avanzadas, y otras en serie insignificantes en el íleon, con hipertrofia y dilatación de los segmentos intermedios; se evacuó el contenido por incisión del asa declive, que se suturó; el yeyuno fué anastomosado á la parte inferior del íleon: curación operatoria, seguida de mejoría funcional de algunos meses; muerte de tisis galopante.

Segundo. Todo el segmento íleo-cecal transformado en tumor con tres estrecheces circulares, en 80 centímetros del íleon; se anastomosa el colon transverso con el íleon inmediatamente por encima de la estrechez más elevada; un año más tarde había ganado siete kilos, y podía trabajar todos los días.

Tercero. Joven de diez y siete años: región íleo-cecal estrechada, cicatricial, apenas permeable; 20 centímetros más arriba, en el colon, segunda estrechez, que apenas dejaba pasar el índice, y más arriba otras superficiales; se anastomosa el colon ascendente al íleon por encima de la segunda estrechez; siete meses después había ganado 15 kilos y tenía salud excelente.

Cuarto. Mujer de treinta y nueve años, muy caquéctica: en el íleon, á 91 centímetros de la válvula íleo-cecal, estrechez muy acentuada, y otras tres más altas, distantes de 25 á 30 centímetros, algo menos pronunciadas; resección de todo el segmento intestinal de 95 centímetros de extensión; los dos extremos fueron cerrados, y su extremidad anastomosada lateralmente: muerte á las cuarenta y ocho horas.

Y quinto. Más de 20 estrecheces cicatriciales á lo largo del intestino delgado; pared intestinal espesada; serosa sembrada de nódulos; apéndice doblado de volumen y adherente al ciego, también hipertrofiado; se cerró el vientre; á los dos y medio meses había cierta mejoría funcional.

Aparte, pues, del último caso, que recuerda los de mejoría funcional notable después de simples laparotomías exploradoras, hay una resección seguida de muerte, tres entero-anastomosis, con una

muerte tardía por tisis galopante, y dos casos de resultados ulteriores excelentes, comprobados al cabo de siete meses y un año: de aquí que ellos prefieran la entero-anastomosis.

Reconocen, sin embargo, que la elección del método operatorio no debería ser impuesta de antemano, y depende del estado de resistencia general del sujeto, en particular del estado del pulmón, y de las condiciones locales que la laparotomía revele. Las intervenciones á las cuales se ha recurrido son múltiples: sobre 72 observaciones recogidas se hallan exclusiones totales del intestino, dilatación digital, enterostomía, operaciones enteroplásticas, etc.; pero, en realidad, es entre la resección y la anteroanastomosis entre las que hay discusión; se cuentan 24 resecciones con cuatro muertes, habiendo resecciones dobles y aun triples; 24 enteroanastomosis con 9 muertos, 5 por caquexia, que no deben ser incluídos en el pasivo de la operación.

La resección se debe considerar como la intervención más completa y racional; pero en un sujeto muy débil sus peligros no deben ser desconocidos; y de otra parte, la enteroanastomosis, después de haber hecho cesar de ordinario de modo brusco los accidentes funcionales, pone al enfermo en un estado general que le permite, si es tiempo todavía, triunfar del mal y curar de su tuberculosis local.

Estas curaciones no serían, según ellos, excepcionales, y, á su juicio, la anastomosis intestinal bien hecha, extensa, tiene indicaciones mucho más frecuentes que la resección.

---

*Tratamiento de la diarrea crónica por la apendicostomía*, por S. Gant. (*Boston med. And. Surg. J.*, 6 Sep. 1906.)

Fúndase la opinión de Gant en el tratamiento por apendicostomía ó cecostomía de 9 casos de colitis ulcerosa persistente y de diarrea clásica.

En 8 casos el apéndice fué levantado, fijado á la piel, abierto allí é introducida una sonda; en el 9.º fué abierto el ciego é introducido en él una sonda.

La apendicostomía es operación sencilla y no más peligrosa que la de la apendicitis en frío.

Las irrigaciones se hacen inmediatamente con solución salina, agua helada ó soluciones de ácido bórico, permanganato potásico, ictiol ó nitrato de plata.

Los trastornos intestinales cesaron en seguida después de la operación ó de la primera irrigación, volviéndose las cámaras casi normales en algunos días, con poca sangre ó moco.

Las irrigaciones deben ser hechas todos los días y en cantidad suficiente para limpiar por completo el intestino. La sonda no ha

sido necesaria más que cuando la abertura tenía tendencia á cerrarse. El apéndice se ha mantenido abierto de tres á doce meses, se ha cerrado espontáneamente en unos casos, y en otros ha sido necesario cauterizar la mucosa para cerrar el orificio.

La sola consecuencia desagradable es una pequeña hernia abdominal.

En un caso el apéndice estaba obliterado, y fué necesario hacer la cecostomía después de haber quitado el apéndice.

---

*Tratamiento de la peritonitis tuberculosa*, por Thomas Guthrie. (*The Practitioner*, Mayo y Junio 1906.)

En cualquier caso de peritonitis tuberculosa el método de tratamiento depende mucho de la forma de la enfermedad. A este respecto, Guthrie distingue tres formas: ascítica, fibrosa, caseosa ó ulcerosa, siendo las formas intermediarias muy comunes.

Recuerda las líneas principales del tratamiento médico, discute el quirúrgico y ensaya á indicar el más conveniente en cada variedad.

En todo tiempo se han empleado gran número de medicamentos: las fricciones mercuriales sobre el vientre gozan, quizás, de la más grande reputación; las embrocaciones iodadas han sido muy empleadas, al mismo tiempo que el aceite de hígado de bacalao al interior; se han señalado éxitos después de las inyecciones de solución iodo-iodurada, de fricciones iodoformadas, de inyecciones de naftol alcanforado, de aceite de hígado de bacalao creosotado y de guayacol al interior.

Si los métodos empleados por los médicos tienen algo de empírico, se puede decir lo mismo de los quirúrgicos. Spencer Wells fué el primero que en 1862 hizo una laparotomía en una peritonitis tuberculosa, creyendo operar un tumor del ovario; contra lo que esperaba, la curación fué completa; desde entonces se ha comprobado con frecuencia el mismo hecho.

Se ha propuesto la simple aspiración del líquido; pero no es más que una operación paliativa, porque el líquido se reproduce en seguida; rara vez se produce la curación después de muchas punciones.

Después de la laparotomía simple, seguida de evacuación del líquido, éste se reproduce frecuentemente, pero con más lentitud.

La mayor parte de los cirujanos se pusieron de acuerdo en reconocer que lo mejor es la abertura simple, no aconsejando ni el lavado ni el drenaje; se puede, sin embargo, lavar la cavidad abdominal con agua esterilizada ó con solución salina normal á la temperatura del cuerpo. Algunos han introducido una pequeña cantidad

de glicerina iodoformada, y otros, en fin, consideran que el aire y la luz tienen acción curadora, recomendando la exposición á estos agentes durante diez á quince minutos.

Es bastante difícil juzgar el pronóstico del tratamiento médico y quirúrgico. Según la estadística de Guthrie, la proporción de muertes es más elevada por la operación, y más la de curaciones por tratamiento médico.

En la forma ascítica se está de acuerdo en reconocer la necesidad de evacuar el líquido.

Guthrie aconseja comenzar por un tratamiento general médico; y si al cabo de cuatro á siete semanas no hay mejoría, recurrir al quirúrgico, sobre todo á la laparotomía, si la enfermedad data de largo tiempo. El drenaje y el iodoformo no están indicados más que en caso de supuración.

En la forma plástica fibrosa no hay lugar á intervenir; la laparotomía no debe ser empleada más que como último recurso en caso de lesiones progresivas; en ellos es en los que el cirujano podrá encontrarse en presencia de síntomas de obstrucción intestinal aguda, y tendrá á veces que hacer enteroanastomosis después de la resección de una parte del intestino.

En la forma caseosa ó ulcerosa la laparotomía no podrá intervenir igualmente más que en último caso; la emulsión de iodoformo encuentra aquí su empleo en los abscesos tuberculosos.

Guthrie piensa que ha contribuído á las mejorías; pero que si el pronóstico de la peritonitis tuberculosa es más favorable hoy que antes de ahora, es porque la enfermedad se ha beneficiado también del tratamiento general dirigido contra la tuberculosis.

---

*Nuevo procedimiento de palpación renal*, por González Campo. (*El Siglo Médico*, núm. 2.762, 17 Noviembre 1906.)

Por tratarse de un procedimiento español, y ser dado á conocer en un artículo acerca de «La nefroptosis como causa de gastropatías», nos creemos obligados á transcribirlo.

«Es, en resumen, una modificación del procedimiento de Glenard, como el de Soupault lo es del de Guyon.

»Colocamos en pinza la mano izquierda (para explorar el riñón derecho, y la opuesta para el izquierdo), como en el procedimiento de Glenard, inmediatamente por debajo del reborde costal; la cara palmar de los dedos índice, medio y anular de la otra mano la aplicamos sobre la fosa ilíaca del mismo lado, y, ejerciendo con estos dedos presión bastante acentuada, los hacemos resbalar en sentido ascendente hasta llegar al pulgar de la mano que está fija; y si el riñón se encuentra descendido, le tocan seguramente, y con facilidad

suma, los dedos que van ascendiendo. Si no le hallamos, puede consistir en que no haya nefroptosis ó en que, habiéndola, sea de primero ó segundo grado, en cuyo caso, invitando al enfermo á que haga inspiraciones profundas, le sentiremos bajar entre la pinza que forma la mano fija, y lograremos con ella sujetarlo; si con la mano que deslizamos de abajo á arriba caemos sobre él, le impulsamos hacia la región que debiera ocupar, aflojando al mismo tiempo la pinza constituída por los otros dedos, sintiendo entonces, con claridad mayor que la que da ningún otro proceder, cómo el órgano pasa rápidamente á ocupar el hueco que había abandonado, separando las ramas digitales de la pinza que dificultaba su ascensión.

»En los últimos años, y desde que empleamos sistemáticamente nuestro procedimiento de exploración, hemos comprobado multitud de veces la existencia de esta ptosis, en algunos casos cuando ni siquiera la sospechábamos, y en enfermos que, vistos poco antes por compañeros muy ilustrados, pero acaso menos familiarizados que nosotros con el reconocimiento de las afecciones abdominales, no habían sido diagnosticados de nefroptosis.»

DR. YAGÜE

## Ginecología.

*Sobre la eclampsia*, por el Dr. Esch. (*Zeitsch. für Geb. und Gynäk*, 1906.)

Ocúpase el autor en este trabajo, elaborado en la Clínina del profesor Olshausen, de la estadística correspondiente al quinquenio de 1900 á 1905, acerca de los casos de eclampsia observados en aquélla durante este espacio de tiempo, y que ascienden á 496 con una frecuencia en relación al número de partos asistidos de 7,45 por 100.

De estos casos corresponden á las primíparas el 78,3 por 100 y á las multíparas el 21,7 por 100, habiéndose observado nueve recidivas de eclampsia en los 496 casos. Existía albúmina en las orinas del 15,7 por 100 de los casos; y después de haberse verificado el parto, las crisis de eclampsia no repitieron en el 49,8 por 100 de los casos. Durante el parto hubo que intervenir 77 veces de 100, practicando la dilatación de varios modos: con el dilatador de Schultze, con el de Bossi, con la mano, con el globo de goma, con las incisiones múltiples.

La mortalidad global fué de 21,4 por 100. La mortalidad de la eclampsia *post-partum*, de 15,4 por 100. La de los niños (viables) fué de 22,7 por 100.

A pesar de todo, el autor es partidario de la intervención activa y cree que debe aplicarse el forceps ó practicar la versión en cuanto la dilatación del cuello sea suficiente. Si el feto está muerto, se

recurrirá á la embriotomía cuanto antes. Cuando el estado general es muy malo, el coma profundo, el pulso rápido ó la temperatura se eleva, dice que debe terminarse el parto inmediatamente; lo mismo si se trata de una primípara de bastante edad ó en el caso de que la cantidad de albúmina sea considerable. Y como actualmente en Alemania están en competencia el dilatador de Bossi y la operación cesárea vaginal de Dührsen ó histerotomía media anterior, recomienda estos procedimientos para dilatar rápidamente el cuello.

Pero, siendo el objeto de estas revistas breves poner al médico práctico al corriente de muchos asuntos en pocas líneas y darle medios fáciles para luchar con accidentes tan graves como el que nos ocupa, no todos se encontrarán en condiciones de recurrir á los últimamente propuestos por el autor del trabajo que extractamos.

Por esto, y aunque en tiempo oportuno pueda y deba intervenir el médico como aconseja el Dr. Esch, bueno es que sepa tratar la eclampsia en sus distintos períodos, empezando por prevenirla en el embarazo, analizando desde el sexto mes la orina y combatiendo la albuminuria con la dieta láctea, las aguas alcalinas, los laxantes, etc. Y una vez en presencia del ataque, seguir la conducta, que es la nuestra con ligeras variantes, recomendada recientemente por Mr. Pouliot en los *Archives medico-chirurgicales*, de Poitou.

1.° *Durante el acceso.*—Hay que impedir que la enferma se lastime ó se muerda la lengua. El medio mejor para conseguirlo es aprovechar un momento en que tenga la boca abierta ó introducir un pañuelo plegado en forma de corbata, que, extendido de una á otra comisura labiales, aplicará la lengua contra el suelo de la boca.

Hay que calmar el acceso lo más pronto que sea posible valiéndose del *cloroformo* en inhalaciones y administrado *larga manu* con la mascarilla ó una compresa, no cesando en la cloroformización hasta que hayan desaparecido los movimientos convulsivos. En cuanto reaparezcan los signos precursores del acceso, debe repetirse la cloroformización.

No hay inconveniente en asociar á este medio la inyección subcutánea de un centímetro cúbico de extracto fluido de *veratrum viride*, acerca de cuyas propiedades nos hemos ocupado ya en esta REVISTA. Cuando no haya cloroformo, se recomiendan las inyecciones de *clorhidrato de morfina* (hasta tres centigramos en una hora), pero es más peligrosa y menos eficaz que el cloroformo.

El extracto fluido de *veratrum viride* puede repetirse á la misma dosis de un centímetro cúbico si á las dos horas de la primera inyección no se calman ó disminuyen los accesos, sirviendo de guía para suspenderlo el descenso del número de pulsaciones radiales hasta 60.

2.° *En el intervalo de los accesos.*—Suprimir toda causa de excitación, evitar el ruido y la luz, no practicar el tacto vaginal sino cuando fuere necesario, evacuar la vejiga, disponer dieta hídrica absoluta, enemas de agua hervida ó de suero artificial, sobre todo enemas de cloral á alta dosis:

| | |
|---|---|
| Hidrato de cloral..... | 4 á 6 gramos. |
| Yema de huevo..... | Núm. 1. |
| Leche..... | 100 gramos. |

Suspéndase para un enema que se repetirá tres veces en las veinticuatro horas.

Para disminuir la hipertensión arterial, si es muy exagerada, se hará uso de la sangría, pues no solamente exonera de un modo brusco la circulación, sino que sustrae gran cantidad de toxinas. Para ser útil debe ser abundante (400 á 500 gramos según las enfermas) y practicada cuando se haya calmado el acceso.

Mr. Pouliot no es partidario de las inyecciones masivas de suero, ni de la pilocarpina y los baños calientes diaforéticos.

Si á pesar de estos medios los accesos de eclampsia se repiten, entonces tendría lugar la intervención obstétrica como aconseja Esch, provocando el parto, sobre todo si el niño es viable.

Hoy que surge una nueva teoría sobre la etiología de la eclampsia puerperal, basada en los estudios de Vassale, quien ha demostrado que la abolición de la función paratiroídea determina rápidamente la muerte de los animales con fenómenos tetánicos y convulsivos; teoría paratiroídea comprobada por Pepere, Zanfrognini y Dionisi, con observaciones anatomo-patológicas que en cadáveres de eclámpsicas han puesto en evidencia la alteración ó falta congénita de una ó más paratiroides, así como las observaciones clínicas hasta ahora realizadas prueban los efectos beneficiosos de la cura paratiroídea en la eclampsia puerperal, tenemos en la *paratiroidina Vassale* del Instituto Seroterápico de Milán un nuevo recurso para combatir tan grave accidente, administrando dicho medicamento orgánico por la vía gástrica á la dosis de 100 á 150 gotas fraccionada en las veinticuatro horas.

---

*Las inyecciones de escopolamina en la hiperemesis de las embarazadas y en los vómitos que acompañan á algunas lesiones uterinas*, por Gasca y Diez, de Turín. *(Archivio italiano di Ginecologia*, Octubre 1908.)

Según las observaciones hechas por los autores de este trabajo en el Instituto de Patología Quirúrgica de Turín, la escopolamina administrada á la dosis de $^1/_2$ á 1 miligramo una ó dos veces al día, antes de las comidas, ya sola ó asociada á la morfina ($^1/_2$ á 1 centi-

gramo), suprime los vómitos del embarazo, tan molestos y tan rebeldes á veces á todos los tratamientos.

Sirvieron de base á esta aplicación de la escopolamina los estudios hechos en Cirugía con la anestesia mixta, que demostraron que la inyección previa de este medicamento evitaba los vómitos del cloroformo; y en las seis embarazadas sometidas á estas inyecciones, y que se hallaban en el primer tercio de la gestación, con vómitos rebeldes, lo mismo que en tres mujeres afectas de inflamaciones y neoplasias del útero, los resultados fueron satisfactorios.

---

*La nucleína en el tratamiento de la septicemia*, por Pollak. (*Arch. f. Gyn.*, Bd. 79.)

No es el autor de este trabajo el único que ha empleado con éxito la nucleína para combatir las infecciones post-operatorias; hay varios cirujanos que la recomiendan como medio preventivo. Después de hacer un estudio del núcleoproteido y de su acción bactericida, y de pasar revista á los diferentes medios que se han puesto en práctica para tratar las infecciones puerperales (sueros antiestreptocócicos, colargol Credé, ligadura de las venas hipogástricas y espermáticas), dice que en dos casos ha recurrido á las inyecciones subcutáneas de una mezcla de nucleína y solución de cloruro de sodio, habiendo obtenido la curación.

En el primero se trataba de un piosalpinx gonocócico adherido al omento como el útero, que se encontraba en retroflexión fija, habiéndose roto el saco purulento durante la extirpación y vertido el pus en el peritoneo; en el segundo caso, de prolapso útero-vaginal, se practicó una ventrofijación por el procedimiento Leopold Czerny.

Ambas operadas tuvieron desde el segundo día fiebre alta y pulso muy frecuente, indicio cierto de una infección grave. Practicadas las inyecciones de nucleína, bajó la fiebre y la convalecencia continuó normal.

Como los mismos buenos resultados refieren otros cirujanos, vale la pena de seguir experimentando la acción de la nucleína, aun á título de medio preventivo, en todos los casos de cirugía abdominal que ofrezcan incidentes por los cuales podamos temer una infección.

DR. GUTIÉRREZ

---

## Neurología y Electroterapia.

I.—*Tratamiento eléctrico de la gota*, por A. Zimmern. (*Le Mois Thérapeutique*, Julio 1906.)

El objeto de este tratamiento local consiste en sustituir los depósitos uráticos insolubles precipitados en el cartílago y en los tejidos periarticulares por una sal úrica soluble: el urato de litina.

Desde Lipowitz, que señaló la propiedad que poseen las sales de litina de disolver las concreciones uráticas, se han venido empleando estas sales en el tratamiento general de la gota, con el fin de disolver las infiltraciones y masas tofáceas. La reacción de las sales de litina sobre las sales úricas ha sido evidenciada *in vitro* por Garrod.

La técnica de la ionización litínica consiste en la impregnación del electrodo activo, anodo, de una solución caliente de cloruro de litio al 2 por 100, aumentando su alcalinidad con una débil cantidad de litina cáustica (5 decigramos por litro), colocando dicho electrodo exactamente aplicado á un lado de la articulación que se va á tratar, y el electrodo indiferente se fija simétricamente al lado opuesto. Para estas aplicaciones sólo deben utilizarse electrodos formados con tejidos hidrófilos.

Cuando las manifestaciones gotosas de las extremidades ocupan varias pequeñas articulaciones, es más cómodo emplear el baño litinado. El miembro enfermo se sumerge en una solución, á igual concentración que la mencionada, contenida en una cubeta de cristal ó porcelana, y en la que se introduce el electrodo activo representado por una lámina de zinc ó de carbón: en un punto próximo, como el muslo ó el brazo, según se trate de las articulaciones del pie ó de la mano, se colocará el electrodo indiferente de ancha superficie. En este caso, la penetración de la litina se verifica por toda la superficie del tegumento en contacto con la solución, pero puede localizarse mucho la acción de la corriente sobre la articulación enferma envolviendo las partes restantes en una venda aisladora de caucho.

Respecto de la intensidad empleada, varían mucho las cifras dadas por los autores: desde 20 á 50 miliamperes, según unos, hasta 80, 100 y aún más, según otros. Guilloz procura llegar hasta 140, y aun pasa de esta cifra si es posible.

La duración es generalmente de veinte á treinta minutos, pero este tiempo deberá prolongarse en los casos en que el enfermo no tolere sino intensidades pequeñas.

Este tratamiento de las artropatías gotosas ha llegado hoy á adquirir gran crédito con muy sobrada razón, pues, principalmente en las formas agudas, basta á menudo con un corto número de sesiones para conseguir la sedación de los dolores y la resolución de los síntomas inflamatorios.

En las formas crónicas no es raro observar una mejoría bastante notable y aun bastante rápida.

Las indicaciones del tratamiento eléctrico local de la gota, reconocidas unánimemente por los autores, son las siguientes:

1.ª En las formas subagudas ó crónicas, en particular cuando las manifestaciones articulares tienden á propagarse y la resolución es tardía.

2.ª En las artritis gotosas de repetición.

En cuanto al tratamiento de los accesos francos agudos, hay bastante disparidad en los juicios de los prácticos. Mientras unos, siguiendo las teorías de Bouchard, se abstienen por aquello de que «no siempre debe intentarse moderar ó abreviar el ataque», otros, fundándose en los buenos resultados conseguidos y en los efectos análogos que se obtienen en otras afecciones articulares agudas, no vacilan en recurrir al procedimiento eléctrico, procurando detener con prontitud el acceso fluxionar.

*Tratamiento general.*—Éste, recomendado ya y puesto en práctica desde hace mucho tiempo por Charcot, Bouchard y Vigouroux, se dirige principalmente á conseguir el aumento de la actividad nutritiva del organismo y la consiguiente eliminación de los materiales de desasimilación de los tejidos. Esto se logra, como está bien demostrado ya, por la electrización estática y por las corrientes de alta frecuencia y tensión, que parece tienen la misma influencia sobre el mecanismo celular que la primera.

Algunos autores han preconizado la faradización general en sesiones diarias, según el método de Beard y Rockwell. El aumento de las combustiones producido por el trabajo muscular mejoraría indudablemente el estado general de los gotosos y alejaría los accesos.

II.—*Tratamiento de las neuralgias rebeldes por las inyecciones profundas de alcohol*, por el Dr. Ostwalt, de París. (*Presse Méd.*, 16 Diciembre 1905.)

El autor lleva practicadas más de 250 operaciones de este género sin el menor accidente y con resultados casi siempre satisfactorios. Por lo menos en el 90 por 100 de los casos las inyecciones de alcohol hicieron desaparecer la enfermedad; y si bien se produjeron algunas recaídas después de varios meses, éstas curaron definitivamente con dos nuevas inyecciones.

La técnica, según el autor, no es tan difícil como á primera vista parece; he aquí cómo la describe él mismo:

«En lo que se refiere á las neuralgias del trigémino, inyecto de 1 á 1,50 centímetros cúbicos de alcohol al 80 por 100, adicionado de un centigramo de cocaína ó de estovaína sobre el tronco de cada una de las ramas atacadas, á la salida misma de los agujeros de la base del cráneo. Como generalmente están lesionadas varias ramas, la segunda y tercera por lo común, hago una punción en dos ó tres tiempos, yendo primero al agujero oval, en seguida al gran agujero redondo y, si es preciso, á la hendidura esfenoidal.

»Para llegar al agujero oval introduzco una larga aguja en forma de bayoneta atornillada en la jeringa, por detrás de la muela del juicio, atravesando la mucosa, submucosa y músculo pterigoideo

externo, y después la hago subir á la fosa cigomática á lo largo del ala externa de la apófisis pterigoides, hasta que toque hacia arriba á la gran ala del esfenoides. Traigo en seguida el extremo de mi aguja hacia atrás, en el ángulo formado por la apófisis pterigoides y la gran ala del esfenoides, hasta que desaparezca la resistencia ósea, y entonces caigo en pleno agujero oval.

»Terminada la inyección en el agujero oval, conduzco la aguja, siempre en el expresado ángulo de la fosa cigomática, hacia adelante, hasta que, de nuevo, no siento ya la resistencia ósea. Mi aguja se encuentra entonces al borde de la fosa esfeno-maxilar. Penetro en ella haciendo subir la aguja de seis á nueve milímetros, manteniéndome siempre en la cara anterior de la apófisis pterigoides. Así llego directamente al gran agujero redondo y á sentir el borde superior de este agujero formado por el pequeño puente óseo que lo separa de la hendidura esfenoidal.

»En los casos, relativamente raros, en que la primera rama está atacada al mismo tiempo que la segunda y tercera, no tengo más que impulsar la aguja, una vez terminada la inyección, sobre el maxilar superior, como unos dos milímetros más arriba, pasando por encima del pequeño puente óseo ya mencionado. La aguja encuentra entonces directamente la rama oftálmica á su paso á través de la hendidura esfenoidal.

»Así practico casi una «gaserectomía pasajera», porque las inyecciones que—¿es necesario decirlo?—se hacen muy suavemente y con muchas interrupciones son seguidas de un adormecimiento ó especie de paresia de la rama correspondiente. Esta paresia dura algunas horas ó algunos días, y frecuentemente semanas y aun dos ó tres meses. Siempre concluye por restablecerse la función propia y normal del nervio, y solamente en aquellos casos graves y en extremo rebeldes vuelve á la vez el estado de irritación del mismo.»

Además de la neuralgia facial, el autor ha tratado otras neuralgias intensas de los nervios del cuerpo, principalmente las ciáticas, las del crural, obturador, fémoro-cutáneo, del cubital, del plexo cervical y otras. Todas ellas por el mismo procedimiento de las inyecciones profundas de alcohol dirigidas sobre el tronco del nervio enfermo, y obteniendo siempre resultados altamente satisfactorios.

El Dr. Ostwalt, á imitación de Schloesser, ha empleado también estas inyecciones con gran éxito en casos de hemiespasmo facial, afección que puede considerarse incurable hasta ahora, inyectando gota á gota alcohol estovainado sobre el tronco del facial á su emergencia del agujero estilo-mastoídeo.

III.—*El nitrito de amilo en la hemiplegia histérica*, por el Dr. Ed. Hirtz. (*Journal des Prat.*, 9 Diciembre 1905.)

Admitiendo que las parálisis histéricas son debidas á angio-espasmos localizados, explica el autor los buenos resultados obtenidos por la medicación vaso-dilatadora. Las inhalaciones de nitrito de amilo producen en estos casos efectos sorprendentes. Su acción se manifiesta en todos los fenómenos histéricos: parálisis, afasia, contracturas y temblores. Se administra haciendo inspirar al enfermo algunas gotas vertidas en un pañuelo; el alivio no se hace esperar.

El nitrito de amilo obra como vaso-dilatador; y, dice el autor, ayudado de la sugestión, cuando ésta sola no procura ninguna mejoría, realiza maravillas. Los profesores Raymond y Sicard han comprobado los felices efectos de esta medicación, la cual, no ejerciendo influencia alguna sobre la hemiplegia orgánica, puede igualmente constituir un excelente medio de diagnóstico. En los días sucesivos se sostendrán los efectos del nitrito de amilo por medio de otros vaso-dilatadores, como la trinitrina y las inyecciones hipodérmicas de nitrito de sosa (uno á tres centigramos), según la práctica de Raymond.

Aunque es un hecho innegable la acción beneficiosa del nitrito de amilo en muchos accidentes histéricos, la explicación está lejos de satisfacer en absoluto, dados los diversos puntos de vista bajo los que se estudia hoy el concepto de la histeria. No está demostrado, ni mucho menos, que las parálisis histéricas obedezcan al mecanismo de un angio-espasmo localizado, lo que equivaldría á fundar en dicho mecanismo la esencia toda de la histeria, cosa que ya está en oposición con los estudios y teorías modernas respecto á la gran neurosis.

Además, al unir la sugestión al empleo del nitrito de amilo parece que forzosamente ha de hacer perder á éste gran parte de su prestigio, puesto que la sugestión por sí sola puede realizar el milagro, y en los casos en que ella no haya logrado previamente la desaparición de un accidente histérico, la adición en estas circunstancias del medicamento pudiera también explicarse como un refuerzo de la sugestión, ó por la provocación de otra nueva más eficaz.

IV.—*El suero antialcohólico*, por el Dr. Sapelier, médico del establecimiento de Nauterre.

El autor ha publicado un estudio, en el que se muestra partidario del suero antialcohólico ideado por Evelyw en 1899, y preconizado en Francia por Toulouze.

Este suero no tiene por objeto curar las lesiones que ha producido ya el alcohol en los órganos, sino únicamente determinar en los bebedores una repugnancia por el alcohol que les lleva á abandonar tan funesto hábito; por lo tanto, sólo tiene aplicación el suero en los comienzos de la intoxicación, antes del período de los accidentes orgánicos.

En el hombre en estado fisiológico existe una repugnancia natural, instintiva, por el alcohol, así como por el tabaco, y sólo una educación viciosa, una falta de ilustración y criterio en sus mentores, y muy rara vez una falsa necesidad, siempre transitoria, hace que el hombre se habitúe á esta perniciosa bebida por una verdadera perversión del gusto.

Hay animales á los que no es difícil hacerles adquirir afición por el alcohol, y entre ellos se cita el conejillo de Indias, la gallina, el pato y, sobre todo, el caballo. Los experimentadores han utilizado este hecho bien conocido para alcoholizar caballos y preparar así un suero que, según aseguran con todo género de garantías, una vez inyectado en el hombre, produce en breve tiempo la repugnancia por el alcohol, que, aunque pasajera, es bastante para hacerles perder su hábito.

El suero parece no producir accidentes, ni aun administrado á dosis excesivas; por lo tanto, es legítimo ensayar éste, así como todos cuantos medios inofensivos puedan llevarnos á combatir con algún éxito esa plaga social.

El suero antietílico de Evelyw no es, indudablemente, sino una hipótesis fisiológica, pero hay el derecho y la obligación de someterle al examen de la razón y de la experiencia, en atención á los inmensos beneficios que puede reportar á la humanidad, de comprobarse los resultados que anuncian ya varios autores.

V.—*Diplegia facial*, por el Dr. Raymond. (Hospicio de la Salpêtrière.)

Refiere el caso de un hombre que se presentó en la consulta ofreciendo los síntomas de una parálisis facial de ambos lados. Tenía la frente lisa, bruñida, la cara como congelada, los ojos fijos, sin movimiento en los párpados, todo lo cual daba á la fisonomía un aspecto muy extraño. Todos los trastornos se limitaban á la cara, estando paralizados todos sus músculos, incluso los orbiculares de los párpados. Se trataba, pues, de una doble parálisis facial completamente simétrica, afección rarísima y á veces de muy difícil diagnóstico. No existía ningún trastorno auricular, ni anestesia. No era posible confundir esta diplegia con una trofoneurosis de la cara, ni con una parálisis bulbar, ni con la gloso-labio-laríngea, etc. Bastaba estudiar atentamente el estado de los diversos músculos, para adquirir el

convencimiento de que se tenía delante un caso de parálisis facial doble.

El autor supone que la causa de esta diplegia puede ser una polineuritis de origen infeccioso, alcohólico ó sifilítico, aunque en el presente caso parece lo más probable que la causa haya sido *á frigore*, pues el enfermo refiere haber sufrido una corriente de aire frío en la cara durante un viaje en ferrocarril.

Las dos parálisis no se presentaron simultáneamente, mediando dos días entre la aparición de la primera y de la segunda.

El pronóstico, que siempre puede establecerse por la exploración eléctrica, le considera el autor de alguna importancia en este caso, por la posibilidad de que la contractura suceda en breve plazo á la parálisis.

Como tratamiento, aconseja las corrientes eléctricas, á las que puede agregarse la nuez vómica, que en estas circunstancias da muy buenos resultados.

VI.—*La sangría en el tratamiento del estado de mal epiléptico*, por el Dr. Ghislain Houzel. (*Journ. de méd. de Paris.*)

Dos casos de estado de mal epiléptico en niños tratados con éxito por la sangría, refiere el autor. En el primero se trataba de una niña que, cuando la vió Ghislain, se hallaba casi en la agonía; tenía las vías respiratorias completamente obstruidas por una espuma fina, y el pulso era inapreciable; su rostro céreo, los labios y nariz azulados y la frente llena de sudor frío; parecía, en fin, que nada podía esperarse ya de la sangría. No obstante, el Dr. Ghislain la practicó, extrayendo 400 gramos de sangre, y un cuarto de hora después dejóse sentir una mejoría, que fué acentuándose hasta la completa curación. Esta niña era manifiestamente epiléptica y hermana de epiléptico. El estado de mal con ataques subintrantes cesó progresivamente, llegando á desaparecer por completo á los seis días después de la emisión sanguínea.

El segundo caso es un niño de catorce años, epiléptico confirmado, cuya tensión arterial, muy grande durante el estado de mal, decayó en seguida de practicarle una sangría de 300 gramos; las crisis se espaciaron, cediendo por completo cuatro días después. En el momento de la sangría las crisis dejaron de ser subintrantes, y el enfermo recobró el conocimiento á las tres horas. Por lo tanto, dice el autor, he conjurado la muerte en el primer caso, y en ambos he logrado llegar á una situación que permitía el uso del bromuro, el cual mantuvo la mejoría y facilitó una evolución hacia la cura de la enfermedad.

El autor no pretende que la sangría sola pueda curar estos enfermos; pero sí es indudable que puede servir para ganar tiempo,

evitando una muerte segura en muchos casos, y procurar á los enfermos un período de mejoría durante el cual pueda ponerse en práctica con calma el tratamiento bromurado, con el que puede llegarse hasta la curación completa del mal.

El autor se pregunta por qué la sangría no tiene más partidarios para el tratamiento del estado de mal, y por qué no se practica hoy con más frecuencia; por su parte cree que estos dos casos le autorizan á emplearlo en lo sucesivo.

VII.—*Los rayos X en la leucemia y la anemia perniciosa*, por los Dres. L. Renon y L. Tixier. (*Journ. des Prat.*)

Los autores se ocupan de este asunto, llamando la atención acerca de algunos medios nuevos que deben servirnos para poder presagiar el ulterior porvenir del enfermo, una vez obtenida alguna mejoría.

Las fuerzas se recobran en efecto; pero no conviene confiar mucho en el mejoramiento del estado general. En algunos casos en que ha disminuído notablemente el número de los glóbulos blancos, y las masas ganglionares y la esplenomegalia casi han desaparecido, cesando, por tanto, los accidentes debidos á la compresión, se observa, no obstante, que continúa bajando la cifra de los hematíes y su riqueza en hemoglobina, así como que la temperatura sigue oscilando entre cifras elevadas, y la muerte no tarda en sobrevenir.

Estos dos signos, pues, de disminución del número de hematíes y elevación de la temperatura, constituyen factores de fatal pronóstico, no obstante el descenso probable y concomitante de los glóbulos blancos. De aquí que al emitir juicio respecto á la curación de un enfermo sometido á la radioterapia, y en el cual se observe una manifiesta mejoría, es necesario no precipitarse, teniendo siempre en cuenta el elemento clínico de la elevación de la temperatura, que debe servir de guía.

Los mismos autores, Renon y Tixier, han observado que los rayos X pueden ser también muy beneficiosos en la anemia perniciosa, y han señalado una particularidad curiosa que se manifiesta en estos casos. En una enferma en el último período de la caquexia, los hematíes nucleados se multiplicaron, pasando desde 4 á 18 por 100 después de una primera sesión, y de 5 á 9 por 100 después de la segunda. Además, el número de los mielocitos neutrófilos se aumentaba, lo cual es prueba de una reacción saludable, indicando un acrecentamiento del esfuerzo de la medula ósea para reparar la destrucción celular.

Permitido es, pues, esperar que la radioterapia en estos enfermos pueda proporcionarnos resultados muy satisfactorios en todos los casos en que la enfermedad no se halle muy avanzada.

VIII.—*Tratamiento del zona por medio de ventosas.*

El Dr. Leale (de Nueva York) preconiza el tratamiento del zona por este medio, del que asegura ha obtenido excelentes resultados.

Empieza por determinar exactamente los nervios y raíces nerviosas correspondientes al territorio ocupado por la erupción y por los fenómenos sensitivos, y aplica seguidamente una primera serie de ventosas á un lado de la línea formada por las apófisis espinosas, dejándolas colocadas hasta que han producido su efecto máximo. Inmediatamente después aplica una segunda serie á lo largo del trayecto de los mismos nervios enfermos, repitiendo estas aplicaciones todos los días, y principalmente por la noche, con el fin de contrarrestar las exacerbaciones nocturnas.

DR. ENRIQUE VILCHES

## Osteo-artropatías.

*El método de Bier en la tuberculosis y las infecciones agudas*, por E. Auffret, jefe de clínica agregado al hospital de niños. (Servicio del profesor Kirmisson.)

En resumen: los medios hiperémicos de Bier son recomendables en las condiciones siguientes:

1.ª Las cajas de aire caliente y los aparatos aspiradores en los estados no infecciosos: las primeras en el reumatismo crónico, la artritis deformante, las artritis antiguas, los edemas crónicos...; los segundos cuando se quiere ejercer una acción más enérgica (lesiones traumáticas antiguas, accidentes del trabajo).

2.ª Las ventosas de Klapp en las infecciones localizadas, cuando el pus está ya formado: en primera línea en los abscesos de la mama y los bubones, después en los forúnculos, abscesos ganglionares y panadizos superficiales.

3.ª La acción calmante de la venda elástica sobre el dolor la hace el tratamiento de elección de las artritis blenorrágicas, pues permite comenzar muy pronto la movilización; sus propiedades anestésica y bactericida se utilizarán con ventaja en las infecciones dolorosas: artritis agudas, focos metastásicos en su comienzo, heridas infectadas.

4.ª En presencia de una supuración grave (osteomielitis, artritis supuradas, flemones profundos, panadizos, etc.) la primer indicación es dar amplia salida al pus. Pero el éxtasis venoso presta secundariamente servicios: acarrea la formación de un edema cuyas propiedades bactericidas parecen probadas; facilita la evacuación del pus, y permite, en bastantes casos, suprimir muy pronto el taponamiento y el drenado.

*Trabajo de la clínica de cirugía infantil de la Facultad de Medicina de París. Quistes serosos congénitos de la axila*, por el Dr. Amabile Bassetta, alumno del «Colegio Carlos Alberto», de la Universidad de Turín, laureado de la Facultad de Medicina de Turín.

*Conclusiones.*—En resumen: el examen atento y completo de las observaciones patológicas, el estudio de los datos suministrados por las ciencias morfológicas y por la clínica, nos autorizan á confirmar la patogenia linfática de los quistes serosos congénitos. Nos permiten precisar esta teoría: el quiste seroso congénito puede ser el resultado de una aberración en el desarrollo del sistema linfático por producción inicial exagerada, seguido de una regresión incompleta y desordenada.

Pero sepamos reconocer que las hipótesis establecidas sobre analogías no tienen el valor de concepciones establecidas sobre pruebas. El origen linfático de los quistes serosos congénitos es seductor, y hasta verosimil. Aún es una hipótesis que pide más amplia confirmación.

De la *Revista de Ortopedia de Kirmisson*. París, 1.° de Noviembre de 1906.

---

*Tratamiento del pie bot paralítico por la artrodesis*, por Wisner Townsend.

La artrodesis del pie bot paralítico es, á pesar de los éxitos efímeros de la transplantación tendinosa, el procedimiento de elección para la curación del pie bot paralítico. El sitio de la incisión importa poco cuando no se quiere completar la artrodesis tibio-astragalina con una operación tendinosa. Una vez inmovilizada la articulación, es preciso hacer llevar al niño un aparato el tiempo suficiente para obtener una buena anquilosis. Esta es casi siempre fibrosa, raramente ósea, lo cual importa poco, puesto que la movilidad de la articulación es mínima.

Las seis observaciones agregadas al trabajo conciernen á niños de cinco á diez y seis años, atacados de parálisis completa de una ó las dos piernas, todos operados después de dos años y medio por lo menos. En todos los casos se ha obtenido el resultado deseado, habiendo obtenido los enfermitos un gran beneficio de la operación.

---

*Deformación de la pantorrilla, consecutiva á la tenotomía del tendón de Aquiles, en el tratamiento del pie bot*, por Edwin Ryerson.

El médico de Chicago se propone, en la primera ocasión, reemplazar la *aquilotomía* clásica por un procedimiento que no expondrá á los operaditos al peligro de una asimetría y una cicatriz desagradables. Para ello, secciona las inserciones tendinosas de los gemelos en los cóndilos femorales, teniendo cuidado de no seccionar los nervios y tendones poplíteos. Los experimentos en el cadá-

ver dan un alargamiento suficiente, á pesar de la integridad del sóleo. Los casos más indicados son precisamente aquellos en los que haya fracasado la *aquilotomía*.

---

*Fracturas de la región cervical*, por R. Sayre.

De once casos de este género que Sayre ha tratado, no ha tenido más que un fracaso inmediato. Dos han quedado paraplégicos; otro ha tenido que continuar usando el aparato, sin el cual estaba amenazado de síncope al intentar levantar la cabeza. Dos no tienen más que un ligero tortícolis. Cuatro han curado completamente; el último, en fin, está aún en tratamiento. Todas estas fracturas provenían de accidentes en los ferrocarriles ó de sports. El tratamiento consistió, siempre que fué posible, en la inmediata reducción con el aparato de suspensión de Sayre, y en la ulterior aplicación de una minerva escayolada, que se dejó colocada dos meses cuando menos. Si los fenómenos de compresión medular persisten, está indicado el recurrir á la intervención para desprender la medula. En los casos en que se la encuentre comprimida simplemente por un fragmento, se puede esperar una curación completa. En los casos de lesión de éste órgano, el pronóstico será, como es natural, más reservado.

(*Am. J. of orth. Surg.*, 1906.)

---

*Un caso de artritis pneumocócica*, por Stanley Raw. (*Brit. med. Journ*, 16 de Junio de 1906.)

Un hombre de cuarenta años, alcohólico, operado un año antes de un absceso isquio-rectal, debido al coli-bacilo, cae bruscamente enfermo, de pneumonía doble lobular. El enfermo siguió un curso normal hasta el sexto día, en el cual apareció una crisis de *delirium tremens*, que cedió bajo la influencia de la digital y del alcohol. Dos días después, la defervescencia, apareció una inflamación de la rodilla derecha; tres días después, la artrotomía, hecha con el auxilio de la eucaína y la adrenalina, daba una gran cantidad de pus pneumocócico. Á pesar de la antisepsia extremada y las inyecciones intravenosas de suero, el enfermo murió de septicemia al día siguiente.

DR. JOSÉ DE PALACIOS Y OLMEDO

---

## Oto-rino-laringología.

*Ozena de los bronquios*, por el Dr. Taubà. (*Tesis de París*, 25 Enero 1906.)

El autor estudia bajo el nombre de ozena de los bronquios una forma especial de bronquitis fétida caracterizada por su larga duración, con alternativas de mejoramiento y de recaídas, por la ausen-

cia habitual de fiebre y la conservación de un excelente estado general. La expectoración, abundante y purulenta, es de una fetidez especial, análoga á la del ozena.

La afección es las más veces consecutiva á una inflamación aguda del árbol respiratorio; algunas veces es primitiva.

La flora bacteriana es muy variada; los anaerobios juegan, según parece, el principal papel.

Al principio sólo es afectada la mucosa respiratoria; pero más tarde se produce una destrucción de la pared bronquial y del parénquima pulmonar, llegando á la dilatación de los bronquios y la esclerosis de los pulmones.

Los errores de diagnóstico más frecuentes son debidos á colecciones purulentas intrapulmonares, pleurales ó vertebrales, abiertas en las vías aéreas, y que justifican una intervención quirúrgica. El examen radiológico es el mejor para resolver la cuestión.

Como tratamiento, el autor propone las inhalaciones y las inyecciones de líquidos antisépticos ó modificadores, por el método de Mendel, del que parece ser un partidario convencido.

---

*Un caso de otitis media aguda supurada complicada de fístula laberíntica y de parálisis del nervio abductor del ojo*, por Hill Yfastings. (*Archiff of otol.*, Febrero 1906, páginas 1 y 5.)

Después de una exposición completa del caso, el autor hace notar los siguientes rasgos particulares:

1. La invasión muy precoz del oído interno en el curso de la otitis.

2. El modo de propagación al oído interno á través de la ventana oval.

3. La causa de la parálisis ocular; la extensión á la vaina nerviosa se hizo por el laberinto. La mejoría rápida de la parálisis después de un buen drenaje del laberinto lo atestiguó.

4. La pronta mejoría después de la intervención; es inútil hacer notar que no es necesario practicar un raspado completo del oído interno; un buen desagüe basta.

5. El vaciamiento debe continuar á la abertura de la mastoides, bajo pena de graves peligros.

Tales son las conclusiones del autor.

---

*Resección del tabique nasal por tuberculosis*, por el Prof. Onodi. (*Deutsche med. Wochensch.*, Julio 1906, p. 1.155.)

Resección amplia del tabique motivada por una alteración que un primer examen microscópico había inducido á suponer la naturaleza probablemente maligna, á causa de la presencia en las vegeta-

ciones papilomatosas de producciones jóvenes de tendencia heterotópica.

No se cloroformiza. Abertura de la nariz por una incisión media, previa pulverización de cloruro de etilo sobre la piel y aplicación de una solución de cocaína y adrenalina á 20 por 100 sobre el tabique enfermo.

La abertura amplia de la nariz permitió observar en la mucosa de la pared inferior del hueso nasal, un foco separado de la ulceración, invisible por la abertura natural, y que habría, ciertamente, escapado sin esto.

El examen microscópico del tumor ulcerado, hecho por el profesor Genersich, demostró que se trataba de tuberculosis, y no de carcinoma. No hay recidiva un año después de la operación.

Onodi, reconociendo que el respado enérgico por las vías naturales da buenos resultados en los casos limitados de tuberculosis nasal primitiva, prefiere, para los casos de tuberculosis extensa de la cavidad nasal, la abertura amplia con resección del hueso nasal y de la apófisis ascendente. Tal operación permite, como en su caso, perseguir todas las lesiones.

---

*Sobre la operación radical de cáncer de la laringe por la tirotomía*, por el Prof. Bruns. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1906, p. 1.521.)

Después de hacer la historia de la extirpación de la laringe, el autor expone el procedimiento que preconiza en los casos de carcinomas limitados de la laringe.

En lugar de la anestesia general, Bruns emplea para comenzar la anestesia la scopolamina-morfina; después inyecta sobre la línea media, delante de la laringe, una solución de novococaína; en fin, después de haber incindido el tiroides, impregna el interior de la laringe con una solución de novococaína-adrenalina. Entonces extirpa el tumor y cauteriza profundamente la supercie de implantación con el galvano-cauterio. De este modo se evita la cánula y se conserva la voz.

Proscribe enérgicamente toda operación por vías naturales, que son antilógicas tratándose de cáncer.

---

*Algunos aspectos oftalmoscópicos de las neuritis ópticas*, por el Dr. Parasols. (*Tesis de París*, 15 Marzo 1906.)

Tesis interesante para los rinólogos y otólogos, puesto que el estudio de la sintomatología de las complicaciones endocraneales en las afecciones de la nariz y del oído necesita á menudo el auxilio de los datos aportados por el oftalmoscopio. He aquí sus conclusiones:

I. Entre las alteraciones que presenta la papila óptica hay tres particularmente frecuentes y claramente características: éxtasis papilar, edema papilar y neuritis simple.

II. El éxtasis papilar es síntoma únicamente de la hipertensión de líquido céfalo-raquidiano. Puede evolucionar en todas las enfermedades susceptibles de provocar esta hipertensión, particularmente en los tumores, en ciertos casos de tuberculosis ó de sífilis cerebral. Los trastornos visuales que la acompañan no están ordinariamente en relación con la intensidad de la alteración.

III. El edema papilar es síntoma á la vez de una hipertensión intracraneana de líquido céfalo-raquídeo y de una infección ó toxi-infección meníngea. Es común en la meningitis tuberculosa y en la sífilis cerebral. Los trastornos funcionales que la acompañan son precoces, notables y rápidos.

IV. Las dos imágenes oftalmoscópicas precedentes pertenecen á una misma flegmasía, considerada en dos estadios diversos de su evolución. El éxtasis papilar es una fase de principio. Pasa á menudo inapercibida porque se complica rápidamente de edema, en el caso en que la causa, siempre intracraneana, sea de naturaleza toxi-infecciosa.

V. La neuritis simple es el síntoma de una infección ó toxi-infección generalizada. Es claramente distinta de los aspectos precedentes; no tiene ninguna relación con ellos. La causa general de que depende siempre es de naturaleza específica.

VI. En los casos de sífilis generalizada ó en manifestaciones cerebrales que tienen una repercusión sobre el segmento posterior del ojo, acompaña casi siempre á las diversas formas de neuritis simple, de éxtasis ó de edema, una retinitis bien determinada. Las dos versiones, retinitis y neuritis, no son dos síntomas del mismo proceso conocido con el nombre de neuritis retiniana. Este término designa su evolución concomitante, pero no tienen entre sí más que relaciones de simultaneidad.

VII. De esto que precede resulta para el descubrimiento de la etiología de las neuritis:

1. Que el éxtasis papilar prolongado y el edema papilar tardío acompañados de fenómenos funcionales poco marcados orientarán el espíritu hacia la hipótesis de un tumor cerebral.

La punción lumbar será negativa.

2. Que el edema papilar precoz hará pensar en un proceso intracraneal infeccioso ó toxi-infeccioso, las más veces bacilar ó específico.

En los dos casos la punción lumbar será positiva.

La existencia de fonómenos funcionales precoces, violentos é incurables, indicará una tuberculosis probable.

La evolución de una retinitis concomitante resolverá la cuestión en favor de la sífilis.

3. Que la neuritis simple hará conocer la evolución en el organismo de un proceso infeccioso ó tóxico.

La punción lumbar positiva indicará que se trata de una sífilis reciente, como lo indicarán, si existen, los fenómenos concomitantes de retinitis.

VIII. El examen del fondo del ojo y el examen del líquido céfalo-raquidiano tienen un gran valor en la investigación de la etiología de los diversos procesos morbosos que ya hemos citado. En presencia de fenómenos cerebrales, estos dos medios de investigación deben ser regularmente y sistemáticamente puestos en práctica.

DR. A. G. TAPIA

## Proctología.

*Tuberculosis del intestino grueso. — Indicaciones y resultados de la intervención quirúrgica.* (Asociación francesa para el progreso de las Ciencias. XXXV sesión anual celebrada en Lyon del 2 al 9 de Agosto de 1906. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Octubre de 1906.)

Los Dres. Bérard y Patel sientan las siguientes conclusiones:

1.ª En ciertos enfermos la tuberculosis del intestino grueso evoluciona sin lesión pulmonar, sin otra localización tuberculosa clínicamente apreciable, y puede curar por la intervención quirúrgica en más de la mitad de los casos operados.

2.ª En otros enfermos las lesiones pulmonares poco acentuadas mejoran, y, por último, curan completamente á beneficio de una intervención al curar las lesiones intestinales.

3.ª Existen, por último, enfermos en los que las lesiones pulmonares é intestinales, simultáneas ó secundarias á una infección primitiva del pulmón ó del intestino, siguen una marcha fatal, hágase lo que se haga. Son lesiones difusas ya desde hace mucho tiempo, antes de someterse los enfermos al examen del médico.

Dividen la tuberculosis en ulcerosa, entero-peritoneal é hipertrófica.

Sólo extractaremos lo que dicen referente á las lesiones rectales.

*Tuberculosis hipertrófica del recto.*—El recto está aumentado de volumen y convertido en un tubo rígido, áspero y resistente; á su alrededor hay infiltración adiposa más abundante en tubérculos que en el ciego. Gracias á esta envoltura el recto se adhiere á los órganos inmediatos, en particular á la vejiga. Las paredes del intestino son muy gruesas, acartonadas y sembradas de foquillos amarillentos caseosos.

Al corte se encuentra, algo más arriba del ano, una porción es-

trechada que forma una especie de vírola escirrosa. La mucosa está sembrada de vegetaciones polipoides poco voluminosas y de fisuras y úlceras profundas cubiertas de una capa purulenta, sinuosa y fétida. Cerca de la estrechez predominan las lesiones de rectitis; las ulceraciones del segmento inferior son extensas, y pueden originar la perforación.

Las ulceraciones anorrectales se observan de ordinario en los tuberculosos confirmados; se conocen al examen directo por sus caracteres típicos.

La *forma hipertrófica* se manifiesta por rectitis con dolor agudo, sobre todo al defecar; va acompañada de tenesmo y de pujos. Hay á la vez derrame por el ano; el derrame, blanquecino y mucoso al principio, se hace sanguinolento después de la defecación; en ocasiones se producen verdaderas rectorragias incoercibles. Después fluye en abundancia en los intervalos de la defecación pus rojizo, sanioso y fétido. En ciertos casos los trastornos funcionales son ligeros, y corresponden á lo que los autores antiguos designaban con el nombre de período latente. Los trastornos de origen inflamatorio tardan poco en ser seguidos de otros mecánicos; las fibras musculares se debilitan á causa del esfuerzo constante, y la defecación se hace cada vez más difícil; la estrechez se acentúa por espasmo ó por recrudescencia de las lesiones. El enfermo defeca con dificultad, á pesar de los enemas y de los laxantes repetidos. Los excrementos forman ovillos, y van acompañados de derrames sanguinolentos y purulentos. A consecuencia de este estreñimiento puede aparecer diarrea incoercible; es una verdadera incontinencia por rebosamiento, debido á que las paredes, al perder su elasticidad, no pueden ponerse en contacto por la acción del esfínter, y transforman el recto en un tubo rígido.

El estado del enfermo tarda poco en hacerse lastimoso; es el período de los abscesos perirrectales, cuya abertura al exterior suele ser seguida de alivio inmediato; es la oclusión completa siempre amenazadora; es la perforación en el peritoneo; es la generalización rápida y fatal.

Puede decirse que la tuberculosis del recto, aun en su forma hipertrófica, es la que sigue la marcha más rápida; esta gravedad se explica por la mezcla de los accidentes tuberculosos y septicémicos con los de oclusión.

Los medios de diagnóstico de esta lesión se resumen en el empleo del examen directo. El tacto es el que permite principalmente apreciar con exactitud el estado de la ampolla; debe practicarse con prudencia cuando se sospecha que existe rectitis. Después de franqueado el esfínter, se encuentra un conducto rígido y fibroso completamente inextensible. Las paredes son rugosas y sangran con fa-

cilidad. Muchas veces es imposible llegar más allá del sitio de la estenosis; si se consigue salvar este punto, el dedo encuentra una gran cavidad llena de detritus saniosos, infectos, y de materias fecales.

A veces es difícil decidir entre un cáncer y la tuberculosis, sobre todo en los cánceres anulares; el diagnóstico con la estenosis sifilítica, tan dudoso ya con el microscopio, es imposible de resolver en clínica. Los antecedentes y la marcha de la enfermedad resolverán la cuestión.

*Tratamiento.*—Antes de practicar una operación conservadora ó radical debe examinarse detenidamente al enfermo para saber si están afectadas las vísceras esenciales, y decidir la intervención ó no.

Parece que en la tuberculosis del recto se imponen la resección ó la amputación del órgano enfermo; pero, por desgracia, las lesiones tuberculosas se complican con infecciones secundarias que influyen de una manera funesta sobre el estado general, y que crean complicaciones locales (flemones isquiorrectales, pelviperitonitis adhesivas, fístulas); la cura radical tarda poco, por lo tanto, en ser impracticable.

Aun en los casos favorables en apariencia, la extirpación primitiva es grave y expone á infecciones pelvianas difusas y á la generalización tuberculosa rápida. Es preciso practicar primero la colotomía ilíaca (Polosson, Gérard-Marchant), dejar la lesión en reposo todo el tiempo necesario, tratarla directamente por los agentes modificadores y no intentar la extirpación secundaria más que cuando las circunstancias lo permitan: recto relativamente móvil, integridad de los órganos inmediatos, etc.

La rectotomía externa, combinada con el raspado, con la cauterización activa, con la dilatación metódica, sólo se empleará en las lesiones limitadas, ó, por el contrario, en las muy graves, para intentar su extirpación.

---

*Causas y tratamiento del estreñimiento rectal. (Münchener Medizinische Wochenschrift.)*

El estreñimiento proptógeno, según Strauss, de Berlín, no es un padecimiento muy frecuente. En más de doscientos rectos que ha explorado, encontró en el 10 por 100 tubérculos múltiples, duros y grandes, ó un cilindro excrementicio grande y duro. Restos excrementicios más ó menos blandos y más ó menos adheridos los encontró naturalmente con frecuencia, pero esto no tiene valor ninguno. Algunas personas con concreciones excrementicias muy duras no sentían necesidad de defecar.

Entre las causas de estos estados figuran: la costumbre de no defecar, las prostatitis y las afecciones ginecológicas.

Como tratamiento fundamental, hay que tener presente: 1.° La costumbre sistemática de los pacientes de defecar á una hora determinada. 2.° Un tratamiento local conveniente. Todos los días, á una hora fija determinada, debe defecarse. La excitabilidad normal que el recto ha perdido debe ser restablecida á favor de las corrientes farádicas, el masaje vibratorio, los enemas fríos y los aparatos de refrigeración. Hay que tratar las fisuras de ano y las hemorroides. Es muy importante la introducción de grasa que lubrifique las paredes del recto y ano.

El autor emplea el aceite mentolado en enemas (una cucharada de sopa de la solución compuesta de 1 gramo de mentol en 150 de aceite de olivas).

Strauss ha desistido de las inyecciones de glicerina. No es partidario de la alimentación que deje muchos residuos en el intestino, recomendando el suero, la leche, el zumo de frutas adicionado de levulosa, zumo de manzanas y de ciruelas. A veces, por casos graves, es necesario hacer el vaciamiento de las bolas estercoráceas. En ocasiones existe un verdadero éxtasis ascendente de excremento, que exige la evacuación del colon con enemas jabonosos, de aceite de ricino ó de suero.

---

*Colotomía por estrechez sifilítica del recto.* (Société de Chirurgie. Séance du mois de Juillet de 1906.) *(La Médecine Scientifique.)*

El Dr. Savariaud presenta una observación muy interesante bajo el doble punto de vista:

1.° Porque se trata de un hecho muy raro. El estrechamiento no solamente ocupaba el recto, sino invadía el asa omega y remontaba hasta la porción ilíaca del colon, haciendo imposible el ano ilíaco izquierdo.

2.° Porque el ano fué practicado sobre la porción derecha del colon transverso.

M. Savariaud, no pudiendo hacer el ano ilíaco izquierdo ni practicar el cecal á causa de sus inconvenientes, eligió la porción transversa del colon, que se prolapsaba en la fosa ilíaca derecha. Los resultados fueron excelentes.

---

*Contra las hemorroides.* (*L'Etoile Médicale*, Mai et Juin de 1906.)

| | | |
|---|---|---|
| *D.e* | Tintura de castañas de India..... | aa. 3 gramos. |
| | » de hamamelis y virginia.. | |
| | » de hidrastis canadensis.... | |
| | Tintura de gossypium herbaceum. | aa. 2 gramos. |
| | » de viburnum pronifolium. | |
| | » de erodium cicutarium.... | |
| | Elixir de Garus..... | 100 gramos. |

*M.e* De 2 á 4 cucharadas de café por día.

*El tapón jabonoso contra la constipación. (La Semaine Médicale,* 24 Octubre 1906.)

M. el Dr. C. Colómbo, privadocente de Terapéutica física de la Facultad de Medicina de Roma, preconiza para los casos en que la constipación es debida á la atonía de la sensibilidad recto-sigmoídea, punto de partida del reflejo de la defecación, la introducción en el recto de un tapón fusiforme de gasa de 6 á 7 centímetros y de 15 á 20 milímetros de espesor, sujeto por un hilo y embadurnado de una capa espesa de jabón de Marsella.

Al cabo de quince ó veinte minutos el enfermo verifica una evacuación; pero si pasado este lapso de tiempo no lo hubiera hecho, no hay más que retirar el tapón tirando del hilo fiador, para que ésta se produzca.

El Dr. Colombo atribuye este efecto, tanto á la acción química producida por el jabón, como á la mecánica que efectúa la gasa obrando de cuerpo extraño.

---

*Tratamiento de las hemorroides. (Revue de Thér. Médico-chirurgicale,* Julio de 1906.)

El Dr. H. Randell aconseja de nuevo el método de la ligadura. Evacuado el recto por medio de enemas de agua esterilizada, y colocado después en un sillico que contenga un tercio de agua caliente hasta el momento en que se prolapsan, para anestesiarla inmediatamente.

Con catgut las liga lo más cerca posible de su base, y por trasfixión si ésta es muy gruesa. Después las extirpa con tijeras por fuera de las ligaduras y aplica un supositorio de morfina para aminorar el tenesmo.

A las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas administra un laxante.

Según asegura, el enfermo puede dedicarse á sus ocupaciones pasada una semana.

En 300 casos sólo ha tenido uno con hemorragia, que se contuvo con la aplicación de un tapón durante veinticuatro horas.

---

*Resultados obtenidos en la clínica de Giessen con el tratamiento radical del cáncer del recto,* por el Dr. K. Richter. (*Deustche Zestschrift für Chirurgie,* 1906, tomo LXXXI, páginas 105-127.) *(El Progreso Médico.)*

Este trabajo fúndase sobre 63 casos de amputación ó resección del recto por carcinoma; otro caso (64) fué operado por la vía del ano de un tumor polipoídeo. La mortalidad operatoria llegó á 6,22 por 100 (4 casos en todo).

Como resultados lejanos hubo 24 recidivas durante los tres primeros años.

Después de los tres años, 7 nuevas recidivas; 4 muertos de otras enfermedades; 17 operados no presentaron trastorno ninguno. Entre ellos, uno de quince años.

Desde el punto de vista funcional, sobre los 20 operados que aún viven hay integridad funcional absoluta, completa, en 9 casos de resección, incontinencia relativa en 6 casos de amputación y 2 resecciones; incontinencia absoluta en 3 casos de amputación.

Lo cual demuestra que en la elección del método operatorio hay que ir con mucho cuidado y preocuparse esencialmente de las consecuencias funcionales.

DR. F. MARTÍNEZ SUÁREZ

## Vías urinarias.

**Nota acerca de la técnica operatoria de la prostatectomía transvesical, por el Dr. Duval.**
*(Annales des maladies des organes genito-urinaires,* 15 Octubre 1905.)

El Dr. Duval aconseja la siguiente técnica para evitar las complicaciones que la prostatectomía suprapubiana tenía hasta ahora.

Primer tiempo: *Cistotomía amplia.*—Se coloca al enfermo en posición inclinada al máximum. La incisión cutánea se prolonga hasta cerca del ombligo. La vejiga debe estar perfectamente vacía. La distensión con un líquido es expuesta á infecciones, y con aire es inútil. El fondo de saco peritoneal se rechaza tan alto como sea posible, dejando así la vejiga desprovista de su serosa. La talla va desde el uraco hasta las proximidades del cuello. Se coloca una valva ancha de Syme en el ángulo inferior de la herida vesical. La orina que segregan los uréteres se recoge, colocando tapones de algodón en el bajo fondo, cambiándolos frecuentemente.

Segundo tiempo: *Separación de la uretra de la próstata; extirpación.*—Un ayudante, enguantado, introduce el índice derecho en el recto y levanta la próstata.

Una incisión circular circunscribe el cuello de la vejiga. En este momento, ó bien la enucleación parauretral es posible ó hay que recurrir á la ablación en masa de la próstata.

A. *Enucleación parauretral.*—El labio interno del cuello de la vejiga se coge á cada lado con una pinza de Kocher, y con las tijeras curvas cerradas se procura librar circularmente la uretra en su plano de *clivage* pericanalicular. Esta liberación, cuando es practicable, debe llevarse tan profundamente como sea posible. La sonda uretral es inútil en este momento; es preferible un canal no distendido, cuyas paredes depresibles se escapan delante del instrumento.

Si esta separación de la uretra es impracticable hay que recurrir á la ablación en masa.

B. *Enucleación en masa.*—Se coge la mucosa de la vejiga por encima del lóbulo derecho, y se levanta con las tijeras curvas. En

cuanto el lóbulo prostático aparece encapsulado, se le coge y levanta con una fuerte pinza de tracción, hasta que salga por la brecha vesical. Las tijeras curvas ó el índice lo desprenden en su circunferencia, y entretanto, con la pinza se inclina el lóbulo á la izquierda, hacia adelante y hacia atrás. Inútil es decir que esta liberación de la próstata debe hacerse en el espacio intercapsular de Freyer, so pena de hemorragia grave.

El lóbulo izquierdo se coge, eleva y libera como el derecho, prosiguiendo el desprendimiento de la misma manera, por delante y detrás de la uretra. En seguida la próstata, sólidamente cogida y elevada, se reclina por entero en la vejiga.

Si el desprendimiento inicial de la uretra ha podido efectuarse, la extracción se hace espontáneamente, y el canal persiste intacto en el centro de la herida vesical.

Si ha habido necesidad al desprendimiento en masa uretro-prostático, la próstata queda sujeta todavía por la uretra central.

Es posible que en este momento se pudiese seccionar la comisura prostática preuretral, y dividiéndola en dos valvas desprenderla rápidamente de la uretra; maniobra que no hemos podido realizar. Siempre que basculando hacia atrás la masa prostática se puede separar la cara anterior del canal y seccionarla á la vista bajo la comisura prostática tan alto como sea posible, persistiendo entonces un trozo de uretra prostática representando un segmento inferior submontanal. En seguida se pasa un hilo suspensor por su labio anterior.

Tercer tiempo: *Sutura vésico-uretral.*—Cuando se ha conservado la totalidad de la uretra, la sutura es sencilla. A pesar de su alargamiento patológico, sería conveniente practicar una incisión mediana y vertical para ensancharla y adaptarla mejor á la circunferencia vesical.

Cuando no persiste más que un trozo uretral, la sutura es más difícil y la herida vesical demasiado grande, deberá suturarse en forma de raqueta. Para la sutura son precisas pequeñas agujas muy cortas y catgut muy fino.

La cavidad prostática queda de este modo completamente tapizada de mucosa, y toda su superficie queda unida.

Una sonda acodada de grueso calibre núm. 24, convenientemente colocada, termina este tiempo de la operación.

Cuarto tiempo: *Sutura total de la pared anterior de la vejiga en dos planos y de la pared abdominal; pequeño drenaje prevesical.*—La precaución de suturar la vejiga al músculo es útil para poder reabrirla fácilmente en caso de que sobreviniese algún incidente.

Duval concluye su artículo diciendo:

Tal es la técnica que proponemos, y que hemos empleado con brillante resultado.

Seguramente, no dejará de levantar críticas. Dos de estos tiempos parecen difíciles: la conservación de la uretra, en totalidad ó en parte, y la sutura uretrovesical.

La conservación de la uretra se consigue en todas las enucleaciones, según ha indicado Freyer. En la ablación en masa es posible la conservación del segmento inferior, para lo cual basta aprovechar la uretra y seccionarla á la vista en el punto elegido.

La sutura es, ciertamente, difícil; se opera con la punta de los instrumentos; pero el hilo suspensor colocado en la uretra la eleva y la aproxima considerablemente. Por otra parte, la profundidad no es mayor que para la sutura de la vagina ampliamente resecada en la histerectomía abdominal; el campo operatorio es, en verdad, menos ancho; pero creemos que la práctica hará triunfar de estas dificultades más bien aparentes, como ha hecho muy practicables las suturas pelvianas profundas; y sus ventajas son tan grandes, que habrá de adoptarla como la peritonización pelviana en las ablaciones genitales de la mujer.

El recubrir el espacio prostático por la mucosa vesical nos parece tan importante, que aun en los casos en que no se pueda conservar la uretra ni aun en parte, tendría la ventaja de poder hacer descender la vejiga hasta la cavidad prostática, y suturarla á sus paredes lo más cerca posible del orificio uretral.

Esta sutura no deja entre su cara profunda y la pared prostática un espacio vacío en que pueda acumularse la sangre; en las hipertrofias enormes la mucosa vesical puede adaptarse á las grandes dimensiones de la cavidad que crea la ablación de la próstata.

Desde luego la cavidad se retrae por sí misma, como ha demostrado Freyer; los tejidos pelvianos, rechazados por la hipertrofia, recobran su situación normal; por lo tanto, la vejiga forma un vasto colgajo flotante que llega sin dificultad á aplicarse á las paredes de la cavidad reducida. La obliteración de ella con la vejiga se obtiene sin dificultad y en buenas condiciones, sin dejar espacio muerto subyacente.

En cuanto á la supresión del drenaje suprapubiano y al empleo de la sonda permanente, nos parecen conformes con el resto de la técnica expuesta. Israël lo ha empleado recientemente con éxito en casos asépticos.

Tal como se ha descrito aquí la técnica de la prostatectomía trasvesical, ha permitido á su autor en un caso infectado y operado en período apirético obtener una reunión, por primera intención, de la herida hipogástrica, consecuencias operatorias perfectas y un restablecimiento completo de la micción voluntaria por la uretra al undécimo día.

*De la intervención quirúrgica en las nefritis hematúricas*, por el Dr. Alf. Pousson. (*Bulletins et memoires de la Société de Chirurgie de París*, 20 Noviembre 1906.)

La existencia de las hematurias en el curso de las nefritis crónicas es hoy un hecho bien demostrado. A consecuencia de los trabajos de Albarrán, Pousson, Malherbe y Legueu y otros, esta cuestión ha sido estudiada y resuelta definitivamente. En todos los países la doctrina que atribuye la génesis de las nefrorragias, de origen hasta entonces desconocido, á un substrátum anatómico de orden inflamatorio, ha sustituído á la de la hemofilia rénal de Klemperer y Senator, y á la de la hematuria angioneurótica de Lancereaux y Renant.

Aportar nuevas observaciones en apoyo de una verdad tan indiscutible sería superfluo; esta comunicación tiene por objeto poner de manifiesto todo el valor de la intervención quirúrgica en las nefritis hematúricas, y discutir la elección de operación en semejantes casos.

Tres casos personales y treinta y dos sacados de la literatura médica me autorizan para abordar la cuestión.

Si en los tres enfermos operados he practicado dos veces la nefrectomía y una la nefrotomía, no ha sido por considerar la extirpación del riñón como método de elección en el tratamiento de las hematurias de las nefritis. La primera operación data de ocho años, época en que no se conocía el valor hemostático de la incisión del parénquima renal, y no creía disponer de otro medio para salvar un enfermo amenazado de sucumbir por las hematurias profusas. En cuanto al segundo, que sólo data de nueve meses, tuve que recurrir á ella por lesiones de nefritis quística que habían desorganizado completamente el riñón.

Por lo tanto, lejos de preconizar la nefrectomía en el tratamiento quirúrgico de las nefritis crónicas, defiende la causa de la nefrotomía y de otras operaciones conservadoras, decapsulación y nefrolisis, imaginadas y recomendadas en estos últimos años por Edebohls y Rovsing. Estas dos operaciones deben ceder el paso á la incisión del parénquima renal, porque no llenan tan completamente las indicaciones que se desprenden de los conocimientos actuales de fisiología patológica de las nefrorragias.

En efecto, á las ventajas que posee de disminuir la tensión intrarrenal, mejor aún que la decapsulación, factor principal de las hemorragias, en la nefritis, y de obrar tan bien como la nefrolisis sobre los vasos y los nervios del pedículo renal, para determinar en el parénquima esas modificaciones saludables que, regularizando la circulación y la nutrición, son propias para poner término á las congestiones hemorragíparas, la nefrotomía reúne la de permitir determinar *de visu* la causa de la pérdida de sangre.

Se comprenderá toda la importancia de esta ventaja recordando

lo difícil que es el diagnóstico de las nefrorragias, á excepción de las producidas por las grandes lesiones de la litiasis, de la tuberculosis ó del cáncer.

La estadística de treinta y dos casos de intervención por nefritis hematúrica permite fundamentar sobre hechos clínicos la opinión de que la nefrotomía lleva la ventaja sobre la nefrectomía, la decapsulación y la nefrolisis.

De la estadística resulta que once nefrectomías han dado lugar á tres muertes inmediatas ó retardadas, y quince no han producido más que una muerte.

La nefrotomía es, pues, menos grave que la nefrectomía, y por esto hay que desterrarla completamente del tratamiento de las nefritis hematúricas y considerarla únicamente como operación de excepción, que encuentra sus indicaciones en los casos de desorganización profunda del riñón, en los de abundancia de las hematurias y en los de adinamia grave que no permita añadir la más pequeña pérdida de sangre á la ya experimentada. Pero, en estos casos, antes de llevar á cabo tal sacrificio, será preciso asegurarse del valor funcional del otro riñón.

En todos los casos de nefrectomía la desaparición de la hematuria ha sido definitiva, y comprobada muchos meses y muchos años después de la intervención. Sin embargo, en un enfermo de Nimier la hematuria ha persistido.

Los resultados terapéuticos no han sido tan brillantes después de la nefrotomía simple ó combinada á la decapsulación ó á la nefrolisis. En los catorce casos en que se ha practicado, descontando la muerte operatoria anotada anteriormente, se encuentran cinco casos en que la hematuria ha recidivado; pero en estos cinco casos la operación se había hecho en un solo riñón; cuatro veces y en tres casos la hemorragia iterativa provenía del riñón no curado. Únicamente una enferma operada por Legueu de nefrectomía bilateral combinada á la decapsulación, vió persistir sus hematurias, pero muy atenuadas. No se debe, pues, atribuir á impotencia de la nefrotomía el mayor número de estos fracasos; la bilateralidad de la nefritis debe cargar sola con la responsabilidad.

La decapsulación no se ha practicado más que seis veces, no dando lugar á ninguna muerte operatoria. Desde el punto de vista de su letalidad, lleva la ventaja sobre la nefrectomía y la nefrotomía simple ó combinada; pero atendiendo á sus resultados terapéuticos, parece bien inferior á la una y á la otra, porque los cuatro enfermos en quienes las hematurias no se habían reproducido no llevaban de operados sino de algunas semanas á dos meses y medio, y los dos que han sido seguidos durante seis meses ó dos años han visto reaparecer sus hemorragias.

En resumen, y como conclusión de la comunicación, en el estado actual de la experiencia clínica, la nefrotomía, que Pousson se ha esforzado por introducir en la terapéutica de las nefritis médicas, es la operación más racional y más eficaz en el tratamiento de las hemorragias y en el de otros accidentes inflamatorios del riñón.

Dr. G. González Bravo

# BIBLIOGRAFÍA

**Consideraciones sobre la nefroptosis y su tratamiento.—Tesis del doctorado, por Pedro Cifuentes Díaz.**

Nuestro distinguido compañero y amigo D. Pedro Cifuentes Díaz, que de tan brillante manera ha seguido la carrera de Medicina, siendo alumno interno por oposición del antiguo Colegio de San Carlos, y que posteriormente en reñidas y públicas oposiciones obtuvo una plaza de médico de número en el Hospital de la Princesa, ha puesto digno remate á sus estudios oficiales presentando ante el tribunal competente una tesis de doctorado titulada «Consideraciones sobre la nefroptosis y su tratamiento».

Repetidas veces la he leído, y el mérito que encuentro en ella, el principal, es que tiene sabor práctico, no es una de tantas tesis para salir del paso; además de los casos que cita observados en las clínicas de los competentísimos cirujanos Ribera y Berrueco, añade los por él operados. Dicho trabajo lo divide el autor en cinco partes: primera, etiología y patogenia; segunda, diagnóstico y significación clínica; tercera, tratamiento; cuarta, casuística; y quinta, conclusiones.

Y, empezando por adoptar la denominación de nefroptosis como más apropiada á todos los casos, continuando con los embarazos y partos, influencia de los períodos menstruales, acción del corsé, traumatismos, enteroptósis, afecciones digestivas, otras enfermedades renales, etc., como causas; analizando las teorías de Glenard, Albarrán y Tuffier, dando á cada una su verdadero valor; estudiando el dolor como síntoma principal, los digestivos y nerviosos; siguiendo con los métodos de palpación renal como elemento de mayor valor diagnóstico, termina con las indicaciones: la faja ortopédica y la nefropexia.

En quince conclusiones condensa el autor su tesis, y de entre ellas transcribimos las principales.

La nefroptosis no es producida por una sola causa, sino por la intervención de varias. Hay que ser ecléctico en este terreno; conside-

ramos como las más eficaces los partos, las enteroptosis y los esfuerzos violentos y repetidos.

La teoría de la enteroptosis (Glénard) y la que considera al riñón ectópico como estigma de degeneración (Albarrán) carecen de valor absoluto; debemos admitir en esta patogenia una predisposición congénita (Tuffier) obrando sobre un terreno ya preparado.

El verdadero síntoma subjetivo de la nefroptosis es el dolor.

El elemento de mayor valor diagnóstico es la palpación.

No deben operarse todos los casos de nefroptosis; la nefropexia está indicada cuando la movilidad del órgano ocasione intensos dolores, especialmente por acodaduras del uréter, las que obliguen á á intervenir por el peligro de la hidronefrosis ó cuando la faja no haya dado resultados.

El procedimiento de elección es el de Guyon, modificado por Albarrán.

Las operadas de nefropexia deben usar una faja, sean ó no enteroptósicas.

Que el trabajo del Sr. Cifuentes es merecedor de encomio y aplauso lo prueba la calificación de Sobresaliente acordada por el tribunal el día 30 de Junio del corriente año.

Y dicho esto, sólo me resta saludar al compañero y amigo Cifuentes como observador fino y concienzudo, enviándole desde este sitio mi más entusiasta y sincera enhorabuena.

DR. CARLOS NEGRETE

# VARIEDADES

**Instrucciones para el tratamiento de la tisis pulmonar por el ozono concentrado, juntamente con la superalimentación con sustancias proteicas solubles, por** HELFORD WALKER, *de Toronto. S. U. S.*—Antes de dar instrucciones para el uso de este método, que la experiencia de los últimos cinco pasados años ha demostrado ser el más ventajoso, debo aquí copiar los principios en que descansa, explanados por A. S. Ramage de Detroit, á quien es debida la propagación de este combinado tratamiento en 1901. Antes de este tiempo yo había usado las inhalaciones de ozono producido por la máquina estática, con marcados resultados; pero una vez reconocidas las ventajas de este método combinado, dispuse lo necesario para ensayarlo y comprobar sus efectos. Los hechos y resultados de los pasados cinco años, en mi experiencia y en la de otros compañeros, han demostrado la bondad y corrección científica

del procedimiento, pudiéndole hoy día considerar como el que ha obtenido mayores beneficios. El citado autor dice así:

«Los principios sobre que descansa son los siguientes: 1.°, la destrucción de microorganismos y las toxinas por ellos producidas; 2.°, la reposición de los tejidos por la superabundancia de materiales constructores en forma de proteicos solubles libres de bases tóxicas, así como los hidratos de carbono solubles necesarios para reponer las energías del sistema.

»1.° Para destruir los microorganismos es sabido que bastaría colocar al enfermo en una atmósfera que contuviera ozono en gran cantidad. Desgraciadamente, esto es imposible por el efecto irritante local que produce sobre las mucosas, parecido á la acción del cloro. Sin embargo, calentando aceite esencial de *eucaliptus globulus* á 60° centígrados ó 145 F., se desprenden vapores densos, blancos, formados por un compuesto líquido muy volátil, de olor fuertemente alcanforado. Estos vapores pueden ser respirados por espacio de tres á cinco minutos, sin producir irritación. En estas condiciones la mucosa pulmonar se recubre de un nuevo compuesto llamado ácido canfórico superoxidado, que en presencia de la humedad de las partes libera una sustancia llamada cincol, pasando el oxígeno activo al interior de los tejidos. El cincol, á su vez, toma ozono de la habitación del paciente, forma peróxido, se redescompone y obra como conductor de ozono.

»De esta manera es posible hacer pasar al interior de los pulmones gran cantidad de oxígeno.

»Los efectos primarios de este proceder sobre el enfermo son rebajar la temperatura al estado normal y aumentar la vitalidad de los tejidos.

»Las toxinas y microorganismos son descompuestos en presencia del ozono y del oxígeno activo.

»2.° La reposición de los tejidos se consigue dando al paciente una alimentación superabundante de materiales proteicos en estado soluble, y en condiciones tales de asimilación que hagan muy poco necesario el sistema digestivo. Esto se ha obtenido con la ayuda de los químicos y fisiólogos que han puesto en el mercado multitud de soluciones proteicas.»

Parece ser que, hasta ahora, la alimentación mejor es la solución de lacto-albúmina.

Es conocida en nuestro país la manera de criar los cerdos con los productos de las factorías de quesos. La lacto-albúmina y el azúcar de leche son las sustancias que les hacen crecer y engordar.

La lacto-albúmina es el proteico soluble natural contenido en la leche, en la cual existe en la proporción de 1 á 0,5 por 100, exceptuando los primeros días que siguen al parto en las vacas, por ejem-

plo, que tiene el 16 por 100 en los calostros, para después bajar á la cifra normal cuando ya el ternero puede ir por sí mismo valiéndose. Esta es una regla general para todos los mamíferos. La leche de mujer contiene tres veces más lacto-albúmina que la de vaca. Esta ley, en virtud de la cual la Naturaleza provee al animal de sustancias más nutritivas y asimilables cuanto más rudimentario es su aparato digestivo, es aplicable á los enfermos tuberculosos, cuyo estado general y fuerzas orgánicas es semejante á los recién nacidos. La lacto-albúmina no se descompone, y puede ser tomada en alguna cantidad.

Debemos llamar particularmente la atención sobre el hecho de que nuestra economía puede asimilar cinco veces lo necesario para su sostenimiento y reparar las pérdidas de nitrógeno. Los fisiólogos han averiguado que nuestro organismo puede asimilar diez veces en gramos el peso del cuerpo en libras. Es decir, que si un paciente pesa 150 libras, necesita asimilar 1.500 gramos de sustancias proteicas en las veinticuatro horas; y usando soluciones proteicas solubles, es posible que asimile 7.500 gramos. Si pasa de esta cifra, es expulsado por las heces y por la orina. Por este medio podemos administrar al paciente una superabundancia de material formador, y si á la vez destruímos las ptomainas, los efectos han de ser beneficiosos.

Durante los últimos cinco años, la experiencia ha demostrado que no solamente es débil en los tuberculosos la asimilación de proteicos, sino la de hidratos de carbono, tan necesarios para el sostenimiento de las fuerzas. Por eso la leche de las madres tiene también en la proporción necesaria un hidrato de carbono soluble, que es el azúcar de leche, que repara las energías del niño.

Respecto al método productor de ozono, ya lo hemos expuesto, y la manera posible de respirarlo.

Puede también producirse por la máquina estática ó por una corriente alternativa y aparatos especiales, etc., para lo cual se necesita experiencia. El enfermo debe aprender á hacer respiración abdominal. En la alcoba ó habitación destinada á respirar, permanece en una atmósfera cargada de oxígeno una hora, durante la cual por cinco minutos se recarga de nuevo oxígeno. La respiración profunda abdominal se practica al principio un rato, y después toda la hora. El tratamiento se repite tres ó cuatro veces al día, dejando la habitación que se ventile en los intervalos.

Al acostarse, que debe ser temprano, el aire de la alcoba debe estar cargado de ozono y cerrada la habitación, excepto en el tiempo caluroso de verano, que puede abrirse la ventana á la hora de estar en la cama, y cerrarla por la mañana temprano. Generalmente aparece una bronquitis en el territorio pulmonar enfermo, lo

cual no impide continuar las inhalaciones del ácido canfórico superoxidado; mas si aumenta ó persiste más de cuatro días, debe permanecer el enfermo en reposo un par de semanas, sin que sea preciso que guarde cama.

Respecto á la dieta, es necesario administrar la lacto-albúmina; y si hay falta de acidez en el estómago, ácido clorhídrico.

Cuando el apetito ha mejorado, puede incluirse en el plan alguna cantidad de miel y agua abundante. De tres á seis onzas de lacto-albúmina entre las comidas, durante la noche y en las primeras horas de la mañana.

A las tres ó cuatro semanas se adiciona al 50 por 100 de azúcar de leche á la lacto-albúmina, tomando cuatro á seis onzas diarias por tres ó cuatro semanas y gradualmente, ó reduciendo esta cantidad conforme los órganos digestivos puedan digerir otros alimentos.

En los primeros períodos de la enfermedad la mejoría se nota de los dos á tres meses; y en casos más avanzados, de tres á seis.

El masaje vibratorio puede ser de gran utilidad para nutrir y regenerar los órganos. La luz de Finsen también puede prestar y ha prestado muy buenos servicios en determinadas condiciones.

Los lavados intestinales tres veces por semana en la constipación habitual dan buenos resultados. También lo da en estos casos el masaje vibratorio. El paciente debe hacer ejercicio gradual al aire libre, evitando la fatiga.

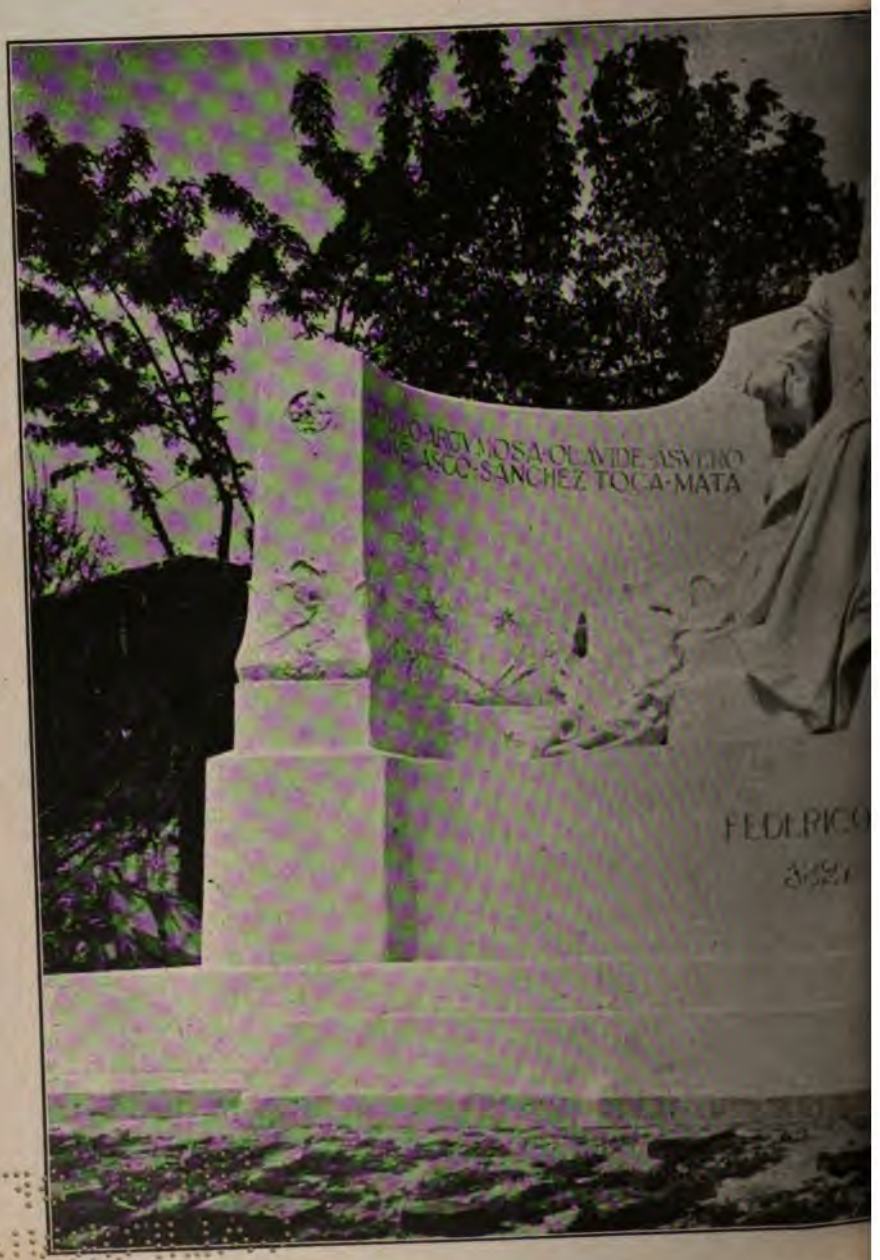
DR. S. G. HURTADO

**El nuevo subsecretario de Gobernación.**—Después de la vuelta del Dr. D. Amalio Jimeno al Ministerio de Instrucción pública, donde podrá continuar sus acertadas reformas, si las veleidades de nuestra política no se lo impiden, vemos con satisfacción que otro médico ilustre, nuestro querido amigo el Dr. Pulido, ha sido llamado á ocupar un alto cargo, penúltimo escalón para sentarse en la poltrona.

Ocioso será manifestar con cuánto gusto vemos los profesores de este Instituto, donde tanto se quiere al simpático subsecretario de Gobernación, que es además nuestro compañero de profesorado, que los directores de la política hacen justicia á sus merecimientos y á las dotes ya demostradas por el Dr. Pulido en la Dirección de Sanidad.

Reciba nuestra cordial enhorabuena, y que pronto haga el número cuatro de los ministros médicos de la Restauración.

UNIV. OF
CALIFORNIA




MONUMENTO EN HONO

Construído en el Parque del Oeste, de Madrid

FEDERICO RUBIO

ón pública. Obra del escultor Sr. Blay

# INAUGURACIÓN
DEL
# MONUMENTO AL DOCTOR RUBIO

El día 13 de Diciembre, á las tres de la tarde, con asistencia de SS. MM. D. Alfonso, D.ª Victoria y D.ª María Cristina (decidida protectora del Instituto Rubio), de SS. AA. la Infanta D.ª Isabel y el Infante D. Carlos, de las autoridades y de numerosísima y distinguida concurrencia, figurando en primer término D.ª Sol Rubio, hija de nuestro llorado Maestro y Director, con todas las curadoras, profesores y enfermeras de la fundación de la Moncloa, tuvo lugar el solemne acto de descubrir el grandioso monumento, obra del ilustre escultor D. Miguel Blay, que por suscripción pública se ha levantado en el Parque del Oeste para perpetuar la memoria del bienhechor insigne que en vida se llamó D. Federico Rubio.

Antes de hacer entrega de este monumento á la villa de Madrid, personificada en su alcalde, el presidente de la Comisión ejecutiva, Dr. Pulido, en nombre de la misma, saludó á la real familia y leyó el siguiente discurso:

SEÑOR:

Las estatuas y los monumentos conmemorativos alzados en lugares públicos son el homenaje más glorioso que tributan los pueblos á los grandes hechos y figuras de su historia. Desde muy antiguos tiempos las sociedades muestran esta forma de admiración y reconocimiento; y por seguro ha de tenerse que á la vuelta de muchos siglos todavía continuarán aquéllas procurando perpetuar del mismo modo el recuerdo de los ciudadanos que sirvieron á la causa de la humanidad con sus grandes hazañas ó sus portentosas creaciones. Por esto se juzgan tanto más cultas las ciudades cuanto más ampliamente y con mayor riqueza presentan escrita su historia en bronces, mármoles y piedras por plazas, parques y jardines públicos; y algunas veces sucede que la destrucción del tiempo, el cual con todo acaba, respeta estas creaciones y con ellas resurge en la historia y se inmortaliza la existencia y la civilización de un imperio poderoso, expresadas en la figura de un héroe estatuado por un pueblo agradecido.

España fué siempre de las naciones que menos se rindieron á tal linaje de sentimientos. Nuestra austeridad religiosa y nuestro carácter, de suyo cenceño, adusto y ¿por qué no decirlo? ingrato, fueron causa de que nuestras más antiguas y afamadas ciudades se hallen

todavía hoy carecientes de estos plausibles ornatos y de que, salvas algunas pocas estatuas reales, casi todas de muy mala traza artística, aparezcan ante el examen de los extranjeros como urbes de un pueblo sin héroes y sin historia, á la manera cual puede manifestarse una de esas naciones nuevas que comienzan á dar sus primeros vagidos en la vida de los sublimes esfuerzos y de las épicas creaciones. De este mal parece que comenzamos á curarnos, tal vez convencidos ya de que una estatua no es un mazacote destinado á servir de sombrajo al vagar de los ociosos y de blanco á las pedreas de los chicuelos, sino que es un símbolo erigido en alto para despertar muchos, muy nobles y muy variados encendimientos; siendo evocación de conmovedores recuerdos para el anciano, estímulo de discursos para el pensador, fuente de energías para el desfallecido, ocasión de arrestos para el esforzado, escuela de patriotismo para la infancia, museo de bellezas para el artista, presea de ornato para el paseante... y siempre, para todo espíritu bien nacido y educado, noble lábaro adonde debemos remontar nuestros ojos, nuestros corazones y nuestros himnos, para que á su calor vibren y resuenen las moléculas frías del metal y de la piedra, como canta con mágicas vibraciones la colosal esfinge de Tebas al sentir los primeros rayos del sol y las matinales brisas del sagrado Nilo.

En la ocasión actual, la estatua cuya vida pública inauguramos no perpetúa el recuerdo de ningún guerrero, de ningún político ni de ningún artista, ordinarios monopolizadores de tales homenajes, sino el de un médico, que pasó su vida sorprendiendo en las entrañas humanas causas del dolor y de la muerte; de un maestro, que, sin gozar de nóminas ni recompensas oficiales, difundió generoso cuanto sabía entre quienes acudían espontáneamente á escucharle; de un organizador progresivo, que inflamó su alma con el fuego divino de nuevas fundaciones altruístas; de un bienhechor, que aplicó al alivio del sufriente pobre los modestos ahorros atesorados en su angustiosa vida de cirujano; de un anacoreta, en fin, de esa Tebaida donde se aíslan los que abrasan sus corazones con la religión de la Humanidad, y se sacrifican esperando que las generaciones venideras conozcan su razón, aprecien su obra y aprovechen su sacrificio.

España no había elevado todavía monumento alguno verdaderamente digno á ningún médico ilustre que simbolorizara la Medicina nacional; y este vacío puede llenarlo el que ahora inauguramos con universal aplauso, porque Rubio deja en la sociedad una estela profunda y luminosa que nadie discute y todos proclaman. ¿Quién sería capaz de presentar en breves palabras los frutos de su obra? A pocos metros de este sitio blanquean, entre el boscaje que verdece lo alto de la Moncloa, los simpáticos pabellones de su Ins-

tituto de Terapéutica; dentro de ellos funcionan los nuevos métodos de enseñanza clínica y la Escuela de enfermeras por el maestro creados; la literatura médica nacional archiva sus diferentes y meritorios libros; por la nación toda labora aquella pléyade de discípulos sólidamente forjada al rudo golpear de su pasión docente, y la memoria de cuantos le conocieron recuerda indeleble la sostenida lucha y la soberana altivez con que imponía sus propósitos. Fué colosal su espíritu, muy superior al de la obra realizada, y por eso Blay ha interpretado perfectamente su contextura orgánica y moral desentrañando de la roca una figura bíblica, serena, reposada y majestuosa; algo semejante á ese olímpico forjador de razas y pueblos que cinceló Miguel Angel cuando creó la escultura inmortal de su Moisés.

Por ser ello así, bien está el grupo de bronce, símbolo de la humanidad presentando las generaciones futuras para que rindan á su bienhechor el homenaje de una merecida gratitud, y no menos bien ese friso dorado que rodea como una guirnalda el monumento, y donde se recuerdan algunos de los grandes maestros que enaltecieron la Medicina española del siglo XIX: Castelló, espejo de protomédicos de Real Casa; Argumosa, austera y genial encarnación de la Cirugía; Olavide, creador de nuestra enseñanza dermatológica; Asuero, espejo de profesores áticos y catedráticos cariñosos; Ariza, el fundador de la laringología española y el más heroico y abnegado colaborador que tuvo Rubio; Velasco, superior en heroísmos y esfuerzos, y á quien nadie aventajó en la disección anatómica; Sánchez Toca, portentoso en la técnica operatoria; Mata, grandilocuente fundador de nuestra Medicina legal; Letamendi, el genio más universal, analítico y profundo que oyeron las aulas de San Carlos, y como nadie publicista y brillante; Méndez Alvaro, varón justo y prudente que esmaltó la sanidad pública con estudios no superados; Fourquet, legendario anatómico, cuya figura evoca la imaginación como un Vesalio del Renacimiento; Alonso Rubío, arquiatra que supo exaltar la honorabilidad médica; Castelo, popular y bondadoso práctico que conquistó el amor de las multitudes, y Giné Partagás, en fin, polígrafo laborioso que resplandeció las glorias de la Medicina catalana.

La historia de este monumento es breve y sencilla por demás. Cuando falleció el ilustre maestro, el entonces Director general de Sanidad concibió la idea de perpetuar con algo público los nobles esfuerzos de aquel bienhechor, buscando también modo de honrar la Medicina nacional en la figura de uno de sus más esclarecidos representantes. Pudo obtener pronto el concurso de algunos discípulos y clientes del Dr. Rubio, y por primera providencia se solicitó una subvención del Ayuntamiento de Madrid. Hallábase en aquella

ocasión al frente de la Alcaldía el mismo ilustre patricio que hoy la preside, ese modelo de hombres entusiastas y bienhechores que ha fundado un asilo contiguo al Instituto terapéutico de la Moncloa, D. Alberto Aguilera, y al punto hizo se votase una cantidad de 20.000 pesetas, con la cual resultó ya viable el propósito. Abierta después la suscripción pública, muy pronto los donativos de la real familia, de las Cámaras legislativas, del Banco de España, del Ayuntamiento de Jerez, de la Academia de Medicina, de algunos Colegios médicos y de unos pocos profesores y clientes, permitieron reunir hasta 45.000 pesetas, con las cuales se pudo ya pensar en comprometer la construcción de una estatua. Pero sobrado sencilla hubiera sido ésta, si nuestra buena estrella no hubiese puesto en nuestro camino al laureado artista D. Miguel Blay, quien, deseando mostrarse cómo el primero en la empresa y servir al pueblo de Madrid con un trabajo de mérito, concibió la hermosa y sobresaliente obra de arte que tenemos á la vista, para la cual guardará la crítica aquella justa fama que reclaman su feliz acierto y maravillosa ejecución.

Séame permitido dar á todos sentidas gracias en nombre de la Comisión ejecutiva, cuya voz llevo en este acto. Gracias, en primer término, á la munificencia y bondades de SS. MM. y real familia, siempre protectores de esta institución terapéutica, como lo fué de su glorioso fundador. Gracias al Sr. Aguilera y á los alcaldes que le siguieron, Portago, Lema y Vincenti, los cuales salvaron como les fué posible las estrecheces del Erario municipal y cumplieron el compromiso creado con el noble arranque del primero. Gracias al Estado, de quien obtuvimos el bronce que requería la empresa. Gracias al prestigioso marqués de Mochales, cuya solicitud nos proporcionó adhesiones sin las cuales hubiera fracasado nuestro buen deseo; y gracias, en fin, á cuantas entidades y personas nos ayudaron y todavía nos ayudarán con sus donativos y su cooperación, mereciendo citarse entre ellas el acreditado banquero D. Luis Fernández de Heredia.

Y ahora ya solamente nos falta entregar el monumento á la villa de Madrid.

Este parque, llamado á ser muy pronto, por su graciosa topografía, uno de los más hermosos con que se engalanan las grandes metrópolis de Europa, y cuya plantación vence ahora las dificultades naturales de toda vida naciente, nos brindó con un sitio privilegiado para situar el monumento á la sombra del mismo Instituto Rubio. Aquí, entre las frondas tiernas, participando del lindo panorama del valle de Manzanares, se destaca muy bien la obra de Blay, y sus figuras blancas y oscuras ornamentan con clásica armonía las rientes ondulaciones de tan sano y delicioso paraje. Reciba el pueblo de Madrid este precioso recuerdo, y procure el Ayun-

tamiento estimular creaciones semejantes, imitando lo que hacen los de otras ciudades del extranjero, y muy singularmente el de la villa de París, el cual ha convertido las encrucijadas, plazas, parques y jardines públicos en museos admirables, donde los ciudadanos del mundo todo hallan preciosos estímulos para sentir las bellezas del arte y para venerar el recuerdo de los genios inmortales de la Humanidad.

DESCRIPCIÓN DEL MONUMENTO

El monumento se compone de una parte arquitectónica, robusta y sobria, que recuerda por su estilo y por su forma semicircular la clásica exedra, en la que se reunían los sabios y literatos griegos.

En su centro está sentada la majestuosa estatua del Dr. D. Federico Rubio, como presidiendo mentalmente á hombres célebres de los que más han contribuído al progreso de la Ciencia médica española, como son: Castelló, Argumosa, Asuero, Méndez Alvaro, Giné Partagás, Ariza, Velasco, Letamendi, Castelo, Alonso Rubio, Mata, Sánchez Toca y Fourquet, cuyos nombres grabados en la arquitectura forman friso á derecha é izquierda del ilustre doctor.

La figura de D. Federico está en completo reposo: su mano derecha descansando sobre el brazo del amplio sitial; en su izquierda conserva el cuchillo y el bisturí que tan hábil y concienzudamente manejó en vida, y formando haz con dichas herramientas, aparece la pluma, de la cual brotó su literatura médica y sociológica.

En su cabeza está concentrada toda su vida, habiendo procurado que se trasluciera en ella su bondadosa alma y su inteligencia.

Echada sobre sus rodillas tiene la toga, que, al par que representa al soberbio maestro, contribuye de una manera se puede decir capital á dar á su estatua la amplitud y grandiosidad escultural, tan necesaria á los monumentos que van al aire libre.

A sus pies tiene dos trofeos: el del lado derecho, el más importante, se compone de un gran pergamino rodeado de laurel y roble, en el cual están inscritas sus más culminantes hazañas quirúrgicas; el de la izquierda se reduce á dos ó tres libros entre rosas, y cuyos títulos son los de *Felicidad*, *Mujer gaditana* (su obra póstuma)...

Para completar su idea, el escultor ha colocado enfrente de la estatua del gran doctor un grupo alegórico, compuesto de una mujer que representa la Humanidad llevando las generaciones venideras, caracterizadas por un mozalbete y por un niño de brazos, á depositar á los pies del gran cirujano y bienhechor las flores de su admiración y agradecimiento.

Considerando que las paredes de la exedra son la representación simbólica de los prohombres de la Medicina, cuyos nombres osten-

tan, la materia empleada para su construcción ha sido la misma que la de la estatua; por esto se decidió labrar ésta y aquéllas en piedra de igual clase.

Para que la obra sea un monumento armónico, completo y durable, la estatua y la arquitectura fueron labradas en piedra de Murcia, porque, además de su extrema dureza, es de un color que se armoniza muy bien con el tono del bronce, metal en que ha sido fundido el grupo de la Humanidad, el cual hasta en su materia da idea de ser expresión de una admiración eterna.

---

# AVISO

*Toda la correspondencia administrativa* (suscripciones, bajas, reclamaciones, devoluciones, etc.), así como los *giros, pagos y cobros,* se dirigirán al

## *Sr. D. Manuel Lahora,*

*calle de Augusto Figueroa, núm.* 36, *segundo.*

El *cambio* ó *canje* de periódicos, *libros* ó *folletos* para bibliografía, y *trabajos* ó *artículos* para la Revista, al Instituto Rubio, á nombre de los *Secretarios de Redacción.*

# REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

# CIENCIAS MÉDICAS

# REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

# CIENCIAS MÉDICAS

FUNDADA POR

## DON FEDERICO RUBIO Y GALÍ

---

DIRECTOR

DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Dr. S. García Hurtado. Dr. R. Luis y Yagüe.

## TOMO XVII

(Números XXXV, XXXVI y XXXVII, Febrero, Abril, Junio.)

MADRID

DIRECCIÓN Y GERENCIA: INSTITUTO RUBIO, LA MONCLOA

1907

11.380.—Imprenta de Idamor Moreno, Tutor, 22.—Teléf. 2.000.

# ÍNDICE DEL TOMO DÉCIMO-SÉPTIMO

Páginas.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER UTERINO. Conferencia del Dr. Gutiérrez en el Instituto Rubio el 15 de Noviembre ..... 1
¿CUÁNDO DEBE OPERARSE EL CÁNCER DEL ESTÓMAGO?, por el doctor Eulogio Cervera y Ruiz ..... 11
NUEVA OPERACIÓN PARA EL PROLAPSO DEL RECTO Y LAS HEMORROIDES INTERNAS, por el Dr. R. Martín Gil ..... 15
QUISTE HIDATÍDICO DEL RIÑÓN DERECHO (Nefrectomía lumbar; curación), por el Dr. L. González Bravo ..... 18
SARCOMA IDIOPÁTICO, MÚLTIPLE, HEMORRÁGICO DE KAPOSI, por el Dr. D. Sixto Martín ..... 22
HUESO DE ACEITUNA ALOJADO EN EL BRONQUIO DERECHO; extracción por medio de la bronquioscopia directa traumatodial, por el Dr. G. Tapia ..... 25
LAS INDICACIONES OPERATORIAS EN LAS APENDICITIS, por el doctor J. Ortiz de la Torre ..... 32
LA HIPEREMIA ACTIVA COMO MEDIO DE TRATAMIENTO EN LAS LESIONES ARTICULARES, por el Dr. Decref ..... 45
CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. — Conferencia pronunciada en el hospital de la Princesa, por el D. E. Fernández Sanz ..... 52
LOS PROGRESOS DE LA SUEROTERAPIA ARTIFICIAL.—Ligeros apuntes sobre el estado actual de este medio terapéutico, por el doctor D. Hipólito Guíu y Gutiérrez ..... 66
SEROTERAPIA É INMUNIDAD.—Moderna terminología, por el doctor E. Mañueco Villapadierna ..... 80
QUISTES HIDATÍDICOS NOTABLES, por Rafael García de Arias ..... 95
ASOCIACIÓN DE LA HISTERIA CON LAS AFECCIONES ORGÁNICAS DEL SISTEMA NERVIOSO, por el Dr. E. Vilches ..... 101
DE LA MUERTE DURANTE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, por el Dr. Spreáfico ..... 106

REVISTA DE ESPECIALIDADES ..... 118

*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. Luis y Yagüe ..... 118
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez ..... 119
*Laringología*, por el Dr. A. G. Tapia ..... 122
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. E. Vilches ..... 127
*Osteo-artropatías y Cirugía ortopédica*, por el Dr. José de Palacios y Olmedo. 129
*Proctología*, por el Dr. F. Martínez Suárez ..... 134
*Vías urinarias*, por el Dr. Carlos Negrete ..... 139

Páginas.

BIBLIOGRAFÍA ..... 148

Cálculo pulmonar.—La lucha antituberculosa en Portugal, por el Dr. F. Calatraveño ..... 149
Sociedad española del radio y sus aplicaciones; establecimiento de aguas radio-azoadas ..... 148

VARIEDADES, por los Dres. Eduardo Masip y Calatraveño ..... 149

«Helioterapia.»—Maximiliano Mohl ..... 149
El Dr. Federico Rubio ..... 157

EL CÁNCER DEL ESTÓMAGO. Conferencia por el Dr. Moreno Zancudo. 161
UN CASO DE SECCIÓN TOTAL DEL NERVIO MEDIANO *(trabajo original)*, por el Dr. M. Gayarre ..... 171
UN CASO DE ENFERMEDAD DE BANTI *(trabajo original)*, por el doctor Blanc Fortacíu ..... 178
IMPORTANCIA DE LAS HEMORRAGIAS «OCULTAS» DEL TUBO DIGESTIVO COMO SIGNO PRECOZ DE LA ÚLCERA GÁSTRICA LATENTE *(trabajo original)*, por el Dr. D. Francisco Sanz ..... 182
¿HASTA QUÉ PUNTO DEBE SER RESPETADO EL DERECHO DEL FETO Á LA VIDA EN EL ACTO DEL PARTO? *(trabajo original* del Profesor Krönig), traducción del Dr. Carmelo Gil ..... 191
EL EDEMA AGUDO DEL PULMÓN Y SU TRATAMIENTO *(trabajo original)*, por el Dr. Agustín del Cañizo ..... 214
ACROMEGALIA Y DEMENCIA PRECOZ *(trabajo original)*, por el doctor E. Fernández Sanz ..... 228
HEMATURIA *(trabajo original)*, por el Dr. José M. Bartrina ..... 234
NUEVAS INVESTIGACIONES ACERCA DE LA INTERPRETACIÓN DE LAS IMÁGENES RADIOGRÁFICAS DE LA ARTICULACIÓN DE LA CADERA. SU IMPORTANCIA EN EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO *(trabajo original)*, por el Dr. Decref ..... 251

REVISTA DE ESPECIALIDADES ..... 257

*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. Luis y Yagüe ..... 257
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez ..... 262
*Laringología*, por el Dr. A. G. Tapia ..... 266
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. Enrique Vilches ..... 270
*Osteo-artropatías y Cirugía ortopédica*, por el Dr. José de Palacios y Olmedo. 276
*Proctología*, por el Dr. F. Martínez Suárez ..... 281
*Vías urinarias*, por el Dr. Carlos Negrete ..... 286

BIBLIOGRAFÍA, por el Dr. Antonio Mut ..... 295

Inmunidad con aplicación á la higiene y terapéutica de las enfermedades infecciosas ..... 295
Patología y clínica de la corteza cerebral ..... 302

VARIEDADES ..... 303

El embarazo en el arte, por los Dres. Masip y J. Sanz Barrio ..... 303
La purificación de las aguas del Nilo en el siglo XI, por el Dr. D. Rodolfo del Castillo Quartiellers ..... 309
Necrología ..... 318

Páginas.

ULCERAS DE LA LENGUA. Conferencia del Dr. Uruñuela..... 321
UN CASO DE EMBARAZO TUBÁRICO INFUNDIBULAR QUE LLEGÓ Á TÉRMINO *(nota clínica)*, por el Dr. E. Masip..... 329
EL CÁNCER DEL ESTÓMAGO. Conferencia del Dr. Moreno Zancudo. 338
UN IMBÉCIL *(nota clínica)*, por el Dr. Abdón Sánchez Herrero.... 343
NEUROPATÍAS ESPECÍFICAS. SU GRADO DE CURABILIDAD *(trabajo original)*, por el Dr. D. José Salas y Vaca..... 346
LAS ANGINAS DE PECHO *(trabajo original)*, por el Dr. D. Antonio Mut..... 374
NOTA SOBRE LA RADIOGRAFÍA COMO MEDIO DE ESTUDIO DE LA DISTRIBUCIÓN VASCULAR EN LAS VELLOSIDADES PLACENTARIAS *(trabajo original)*, por el Dr. Carmelo Gil..... 384
DE LA ESOFAGOSCOPIA INFERIOR *(trabajo original)*, por el Dr. Ricardo Botey..... 387
TRATAMIENTO HIGIÉNICO Y MÉDICO DEL CIEGO COLEGIADO *(trabajo original)*, por el Dr. Sanz Blanco..... 392
LA MEDICACIÓN IÓNICA *(trabajo original)*, por el Dr. D. Enrique Vilches..... 402
LA PUBIOTOMÍA SUBCUTÁNEA EN LAS CLÍNICAS ALEMANAS *(trabajo original)*, por el Dr. E. Mañueco..... 422

REVISTA DE ESPECIALIDADES..... 454

*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. Luis y Yagüe..... 454
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez..... 460
*Laringología*, por el Dr. A. G. Tapia..... 464
*Osteo-artropatías y Cirugía ortopédica*, por el Dr. José de Palacios y Olmedo. 467
*Proctología*, por el Dr. F. Martínez Suárez..... 470

BIBLIOGRAFÍA..... 475

Valor clínico de la oftalmometría..... 475
Beneficencia y salubridad de Jaén..... 476

VARIEDADES, por el Dr. Eduardo Masip..... 477

Homenajes al Dr. Gutiérrez.—Mejora higiénica plausible: los inspectores médicos municipales de Salubridad é Higiene públicas de Madrid..... 477

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

## SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

### NOTAS CLÍNICAS

# TRATAMIENTO DEL CÁNCER UTERINO

CONFERENCIA DEL DR. GUTIÉRREZ EN EL INSTITUTO RUBIO

el día 15 de Noviembre.

Señores: En la conferencia anterior estudiamos los diversos elementos de juicio que deben servirnos para hacer el diagnóstico precoz del cáncer del útero; en la de hoy nos ocuparemos de su tratamiento, completando aquel estudio con el de la manera de apreciar la extensión probable que alcanza el proceso neoplásico, puesto que ella ha de ser la base de la indicación terapéutica.

Desde luego he de anticipar á ustedes que, al decir *extensión probable*, quiero significar la poca seguridad que tenemos en los datos á que recurrimos para determinar aquélla; sólo el microscopio puede ofrecer garantía cuando se trata de investigar la naturaleza de los tejidos. Así sucede muchas veces, y ya lo han visto en la sala de operaciones, que ciertos cánceres que nos parecieron limitados al útero en el momento de nuestro examen resultaron luego bastante propagados á los parametrios. Esta propagación, que tiene lugar por el intermedio de los linfáticos, se diagnostica de ordinario por la induración de la base de los ligamentos anchos y por la fijación ó inmovilidad de la matriz, más apreciable aún por el tacto rectal que por el vaginal; pero puede darse el caso, ya señalado por Wertheim, de que los parametrios cancerosos estén blandos, cuya blandura sería debida á una especie de edema linfático por trombosis de los vasos, como también se encuentran úteros cancerosos inmovilizados por infiltraciones inflamatorias de los ligamentos anchos ó por adherencias peritoneales de igual naturaleza.

A este propósito puedo recordar á ustedes una de mis primeras operadas de histerectomía vaginal, que fué desahuciada por dos eminentes profesores, á causa de la fijación que ofrecía el útero canceroso por engrosamiento y retracción de los parametrios, y cuya señora vivió diez años con salud floreciente después de la operación practicada, porque dicho engrosamiento y retracción eran de naturaleza inflamatoria, diagnosticada por la anamnesis de la enferma.

Desde luego podemos observar que la propagación á los órganos y tejidos próximos es más precoz en los cánceres del cuello que en los del cuerpo del útero, y, entre los primeros, lo es más en el epitelioma cilíndrico del conducto cervical que en el pavimentoso y en el vegetante; de tal modo, que todos los días es fácil comprobar en el Dispensario cuán grande es el número de enfermas portadoras de cánceres glandulares del conducto cervical, á quienes desahuciamos cuando todavía no se han presentado en ellas los síntomas clínicos (dolor y flujos fétidos) que les hagan comprender la gravedad de su estado.

La mayoría de los ginecólogos está de acuerdo en considerar el parametrio como el primer punto en donde se manifiesta la invasión cancerosa cuando el epitelioma cervical pierde su limitación, y esto lo ha demostrado Kundrat examinando 160 parametrios procedentes de 80 úteros extirpados por el método de Wertheim. En 21.000 cortes practicados en serie, y coloreando uno de cada tres ó cuatro, encontró 19 veces metástasis en ambos lados, y 25 veces en uno solo, ó sea 44 metástasis en 80 úteros, lo que equivale al 55 por 100.

Estudiando el mismo autor en dichas operadas la infiltración de los ganglios linfáticos regionales, no halló relación exacta entre su invasión y la de los parametrios, probando cuantos estudios histológicos se han hecho sobre el particular lo que ustedes han visto en algunas enfermas operadas en esta clínica por el método de Wertheim, y muy especialmente en la séptima, J. Basañer, en la cual, estando invadido el parametrio izquierdo, no se encontró afectado ningún ganglio.

Esto viene á confirmar la opinión expuesta por Wakefield, quien considera la infiltración carcinomatosa en los espacios linfáticos de los parametrios como el precursor necesario de la infiltración de los ganglios. Por otra parte, hemos visto en algunas de nuestras operadas ganglios voluminosos (el obturador derecho extirpado á J. Gómez, que hace el número 3 de nuestra estadística, pesó dos gramos), que, sin embargo, no eran cancerosos, á pesar de que Wertheim cree que la hipertrofia ganglionar indica ya ordinariamente una degeneración cancerosa. Y en tanto que Cunéo y Marcille, en

su notable comunicación, dicen que nunca hallaron invadido el ganglio obturador, normalmente voluminoso, ni los ganglios satélites de la ilíaca primitiva, ni los hipogástricos, ni los lumbares, Wertheim declara que en sus operadas la región ganglionar que encontró más afectada fué la de la bifurcación de la ilíaca primitiva y la región inguinal interna hacia abajo hasta el agujero obturador.

Lo que se deduce de las diferentes observaciones publicadas es que en el cáncer del cuello las partes primeramente invadidas por la neoplasia son los parametrios y, consecutivamente á éstos, los ganglios, sin que la invasión en estos últimos, aunque por lo regular tardía, pueda servir de base para marcar la fecha de manifestación clínica del neoplasma. Tendremos, pues, que recurrir al tacto combinado para apreciar la integridad de los parametrios y, como consecuencia, la limitación del cáncer; pero no hay que olvidar tampoco la frecuencia con que éste invade la vagina, haciendo inútil toda intervención, aunque los parametrios estén indemnes al parecer.

En efecto: además de la infiltración del tejido conjuntivo submucoso de los fondos vaginales, que determinan pronto los epiteliomas ulcerados del cuello, suelen observarse metástasis aisladas en la mucosa vaginal, debidas, según unos, á una infección linfática anormal, en tanto que para otros son ocasionadas por el transporte retrógrado de los gérmenes cancerosos en las venas, pero cuyos progresos no es posible detener con una amplia colpectomía.

Tratándose del cáncer primitivo del cuerpo del útero, la propagación es mucho más tardía, permitiendo á las enfermas vivir varios años sin darse cuenta de su grave padecimiento; pues, como dice muy bien Tesson en un documentado trabajo sobre este asunto, la pared muscular se opone á la invasión neoplásica, como si á veces sufriera una especie de hipertrofia de defensa, llegando á adquirir un espesor de dos y dos y medio centímetros; esto hace que siempre llegue más á tiempo la cirugía radical en los casos de cáncer del cuerpo que en los de cáncer del cuello.

Teniendo presentes estas ideas, abordemos ahora la cuestión del tratamiento. Este deberá ser *preventivo, curativo* y *paliativo*, si hemos de atenernos á la doctrina expuesta en la primera conferencia.

El tratamiento preventivo incumbe tanto á los médicos como á las mismas enfermas: á los primeros, por el deber que tienen de dar importancia á cualquier trastorno genital que les expongan las segundas, sometiéndolas desde luego á un reconocimiento que puede ser revelador de una lesión traumática ó infecciosa predisponente del cáncer y fácilmente curable por medios tópicos ó por pequeñas operaciones, á fin de restituir á la normalidad las partes lesionadas;

por el empeño que deben poner en hacer el diagnóstico precoz del cáncer, estudiando cuidadadosamente la historia menstrual de las enfermas, sus antecedentes, la naturaleza de las secreciones uterinas, los caracteres objetivos que ofrezca la lesión; por la necesidad de no diferir el tratamiento quirúrgico, único positivo cuando se ha hecho el diagnóstico precoz, practicando la operación ó aconsejándola con urgencia, en vez de perder el tiempo en curas ineficaces, cuando no perjudiciales.

Incumbe á las enfermas conocer los peligros que puede acarrearles el no consultar cualquier trastorno que experimente su aparato genital, sometiéndose con frecuencia á un reconocimiento facultativo; y para ello debieran aquéllos divulgarse en pequeñas cartillas, á la vez que los síntomas más comunes del período inicial del cáncer uterino, inculcándoles también la idea de la localización y de la curabilidad de tan terrible padecimiento en este período, á fin de conseguir su aquiescencia y pronta decisión para cualquier intervención radical.

A este propósito, no deja de ser curioso el método gráfico propuesto por el Dr. R. de Seigneux, de Ginebra, y del cual se sirve tanto en el hospital como en su clientela particular.

Este profesor emplea unas hojas análogas á las que se utilizan para marcar la temperatura, el pulso y la respiración, y que servirían para inscribir la época, la duración y la intensidad de las reglas, las pérdidas sanguíneas ó leucorreicas intermenstruales, y la intensidad y duración de los dolores que preceden, acompañan ó siguen al flujo catamenial. Estas hojas, comprensivas de todo un año y fáciles de llenar, deberán ser entregadas por los médicos á todas las mujeres que les consulten, recomendándolas que, sanas ó enfermas, se presenten con su hoja ginecológica cada seis ó aun cada tres meses, á fin de que el profesor pueda, al primer golpe de vista, ponerse al corriente de la marcha del padecimiento, ó también sorprender la iniciación de un proceso maligno en una mujer de apariencia sana.

Aparte los trabajos del profesor Winter en este sentido, como iniciador de la lucha contra el cáncer de la matriz, quien ha conseguido elevar la cifra de operabilidad á 74 por 100, merced á una Memoria profusamente repartida entre todos los médicos de la Prusia oriental y entre las matronas, señalando las prescripciones necesarias para llegar al diagnóstico precoz de esta enfermedad, cuyos primeros síntomas dió á conocer en todos los periódicos de la propia región, juntamente con las medidas que deben tomarse desde la aparición del primer síntoma sospechoso, pueden servir de modelo, con ligeras variantes, las siguientes reglas establecidas por el profesor Kelly en su notable *Tratado de Ginecología operatoria*:

«1.ª Es deber del tocólogo examinar á cada una de sus enfermas del segundo al tercer mes después del parto, para ver qué lesiones haya producido éste en los órganos pelvianos, y tratar de remediarlas.

2.ª Deben describirse, con especial cuidado, los desgarros cervicales, anotando su dirección y profundidad y la forma de los labios uterinos. Estos desgarros no requieren tratamiento cuando los labios no están gruesos ni infiltrados y permanecen aplicados uno contra otro; pero si están gruesos é infiltrados, si existe eversión y á la vez catarro cervical, es preciso emplear un tratamiento descongestionante y después la traquelorrafia ó la amputación.

3.ª Toda mujer plurípara que ha pasado de los treinta años y cuyas condiciones no se hayan apreciado debidamente en este sentido, debe consultar con un médico competente. Si el cuello uterino no aparece sano, debe ser sometida á observación, y, si es preciso, tratada ó examinada con intervalos de seis á ocho meses.

4.ª Toda mujer de treinta y tres ó más años que tenga algún desgarro cervical, debe ser examinada, por lo menos, una vez al año durante otros diez, ó por más tiempo cuando el cuello dislacerado no tenga aspecto normal.

5.ª Es preciso que los profesionales inculquen en el ánimo de las gentes que toda mujer que padece hemorragias uterinas típicas ó atípicas ó tiene leucorreas extraordinarias debe buscar en seguida competente consejo respecto á su causa; y el médico tampoco debe descansar hasta que averigüe con certeza su origen. Esta regla será observada con mayor motivo cuando se trate de mujeres que se encuentren entre los cuarenta y cincuenta años, porque entonces enfermas y médicos propenden á menudo á considerar dichas pérdidas como cosa natural de la edad; pero pasado algún tiempo, descubren que la causa que los motiva está ya fuera de los recursos de la Naturaleza y del Arte.

6.ª Estas reglas se aplican con más razón á las enfermas cuya historia familiar revela antecedentes cancerosos.»

Por consideraciones parecidas ha llegado el profesor Paoli (de Perusa) á proponer la histerectomía vaginal, á título de medio preventivo contra el cáncer de la matriz, en los casos siguientes:

Cuando la mujer que tiene antecedentes cancerosos hereditarios presenta gran debilidad del tejido uterino y ulceraciones crónicas del cuello; cuando esas ulceraciones recidivan, á pesar del tratamiento ordinario, en las mujeres que se hallan próximas á la menopausia; ó si después de esta época se presentan hemorragias uterinas graves, aunque no existan alteraciones aparentes.

Esta campaña de vulgarización es muy necesaria en España, donde la escasez de clínicas especiales hace que las mujeres tengan

menos motivos de instruirse en aquellos asuntos que se refieren á la patología de su aparato genital, existiendo en la generalidad una repugnancia invencible á someterse á un reconocimiento y no dando importancia á los trastornos que con aquél se relacionan hasta que empiezan á sufrir las dolorosas consecuencias de este abandono, precursoras de la muerte, demandando entonces á la Ciencia lo que ni la Ciencia ni el Arte pueden darles.

De aquí la menguada cifra que alcanza en nuestro país la operabilidad del cáncer uterino, pues de 253 enfermas cancerosas del quinquenio de 1.° de Octubre de 1898 á 1.° de Octubre de 1903 en este Instituto, sólo estuvieron en condiciones de sufrir la operación radical 17, ó sea el 6,71 por 100.

Pasemos ahora al tratamiento curativo.

Aunque para algunos ginecólogos de reputación universal no se deba ya hablar de curación del cáncer uterino, en vista del resultado de las estadísticas, sino de supervivencias más ó menos prolongadas después de las intervenciones quirúrgicas, nosotros, consecuentes con las ideas expuestas en la primera conferencia y ateniéndonos á nuestra práctica personal, seguiremos creyendo que el cáncer de la matriz es curable cuando se encuentra limitado, es decir, cuando se diagnostica en sus comienzos y se extirpa pronto y lo más completamente posible. De ello son testimonio los casos que contamos sin reproducción después de doce, catorce y diez y seis años, y cuya estadística publicamos en Septiembre de 1905. Y no hay que decir que fueran errores de diagnóstico, pues en todos se hizo análisis histológico escrupuloso, que confirmó el diagnóstico clínico.

Como afirmaba el eminente profesor Kocher en su comunicación al primer Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía celebrado en Bruselas en Septiembre de 1905, «podemos decir, en conclusión, que no hay ningún órgano del cuerpo humano, afectado de cáncer primitivo, para el cual no tengamos la prueba de la posibilidad de una curación radical por la operación».

«Y puesto que no existe ningún otro remedio ó suero para curar el cáncer de otro modo, es preciso concentrar todos nuestros esfuerzos en la *aplicación inicial del tratamiento operatorio*, hasta tanto que el descubrimiento de un remedio específico dispense al cirujano de ocuparse de esta enfermedad.»

¿Con qué medios contamos para la curación radical del cáncer uterino? Con la histerectomía, ya sea vaginal, ya abdominal.

Ambas operaciones tienen sus defensores y su historia, más antigua la de la primera y con hechos tan brillantes, si no más, que la segunda.

Por nuestra parte, y así lo hemos defendido siempre, preferimos la histerectomía vaginal en los casos de cáncer del cuello ó del cuer-

po, bien limitados, que no han traspasado el tejido uterino; cuando el órgano es perfectamente movible y ni la vagina ni los ligamentos anchos ofrecen signo alguno de infiltración.

En estos casos, cualquiera de los muchos procedimientos conocidos puede dar resultado; pero si aun hubiese dudas respecto á la limitación, contamos con la histerectomía vagino-perineal, propuesta y practicada por Schuchardt en 1901, merced á la cual se puede extirpar mayor cantidad de tejidos sospechosos de infiltración cancerosa.

La histerectomía vaginal es siempre preferible también en las mujeres muy obesas y en aquellas otras agotadas por las hemorragias y cuyo miocardio no puede resistir una prolongada cloroformización.

La histerectomía abdominal estará en cambio indicada en los casos de cáncer uterino más avanzado, cuando éste ha invadido probablemente uno de los ligamentos anchos, no siendo perfectamente movible el útero, lo que hace temer que el uréter se encuentre envuelto en la infiltración; si se trata de mujeres con vagina sumamente estrecha ó en las cuales está destruído el labio anterior y hay temores de que se halle invadido el fondo de saco correspondiente, pero libres aún de dolores y con estado general bastante satisfactorio para resistir la intervención, sobre todo si son delgadas, ó también en los casos de ulceración del fondo vaginal; lo estará asimismo cuando se comprueben lesiones inflamatorias y adherencias anexiales que, sin haber infiltración cancerosa en los ligamentos, inmovilicen la matriz.

Cuando no concurren estas circunstancias; cuando se hallan invadidos los ligamentos anchos, ó se advierte infiltración hacia la vejiga ó el recto, ni la histerectomía vaginal ni la abdominal por cualquiera de los procedimientos, incluso los más radicales de Jonnesco y Wertheim, pueden nada contra el cáncer. En tales casos no debe intentarse más que el tratamiento paliativo.

Desgraciadamente, han visto ustedes la comprobación en la clínica de cuán pronto retoña el padecimiento á pesar de la exéresis extensa que hemos practicado en algunas operadas por el procedimiento de Wertheim, persiguiendo los ganglios después de extirpar todo lo posible el almohadillado conjuntivo de la pelvis y de aislar por completo los uréteres. Es ciertamente ilusoria la pretensión de limpiar de linfáticos y ganglios los tejidos que integran el contenido pelviano donde se acantona el cáncer, una vez traspasado el límite uterino; por eso vamos restringiendo estas vivisecciones terapéuticas, que ni pueden satisfacer la vanidad del cirujano, ni dejan tranquila su conciencia con respecto á la finalidad curativa, ocasionándole en cambio frecuentes sobresaltos y grandes fatigas por los in-

cidentes que pueden ocurrir durante y después de tan laboriosa y prolongada intervención, como resulta en ocasiones.

Claro es que, por corto que sea el número de las enfermas á quienes beneficien estas operaciones tan radicales, estamos obligados á practicarlas; pues, cuando menos, á todas las que salvan los peligros inmediatos á la intervención les procuramos una supervivencia ó tregua en sus sufrimientos, que bien puede considerarse como una curación temporal, á veces de bastantes años.

Estos peligros inmediatos de que hablamos disminuyen considerablemente si preparamos de un modo conveniente á las enfermas, días antes de la operación, desinfectando la vagina, limpiando el tubo intestinal, estudiando la función renal, acumulando energías en estos organismos ordinariamente agotados, y siguiendo en el acto quirúrgico una técnica perfeccionada y metódica.

Al furor de operar todos los casos y de hacer estadísticas que nada enseñaban, pues eran pocos los de verdadera elección para intentar una operación radical, ha sucedido el desaliento en la mayor parte de los ginecólogos, aun en aquellos que más prisa se dieron á perseguir ganglios sospechosos y mondar los vasos y los uréteres de su protector almohadillado. Con menos trabajo para el cirujano, volverá éste á la tarea de salvar muchas vidas amenazadas por el mismo terrible padecimiento, cuando se generalice la lucha ya iniciada y se pongan de acuerdo todos los profesores acerca de las bases más positivas y prácticas para entablarla con fruto.

En tanto llega la venturosa época en que el cáncer tenga tratamiento causal, que haga innecesaria la intervención de la Cirugía, procuremos que ésta llene su cometido en el mayor número posible de enfermas, aumentando el tanto por ciento de casos operables, como se va consiguiendo en los países donde se hace propaganda constante de las humanitarias doctrinas de Winter.

Pero no por esto hemos de abandonar á las pobres cancerosas que no se encuentren ya en situación de reportar ningún beneficio de la Cirugía radical. Algún alivio podemos aún proporcionarles con los tratamientos paliativos.

Sabiendo que las torturas del cáncer inoperable están constituídas por la combinación de las hemorragias, los flujos fétidos y el dolor, con la secuela de otros trastornos en diferentes aparatos orgánicos, el médico dispone de diferentes recursos para aminorar aquéllas, llevando esperanzas y consuelos al ánimo de las infelices enfermas, y procurando treguas al dolor; lo que equivale, como decía un maestro muy querido, á sembrar de flores el camino del sepulcro.

De estos medios paliativos, unos tienen por objeto destruir los tejidos neoplásicos causantes de las pérdidas de sangre y de los flujos

icorosos; otros intentan modificarlos por acción electiva, específica (?); algunos se emplean á título de antisépticos.

Casi todos los han visto ustedes poner en práctica en la consulta y en la clínica de ginecología de este Instituto. Algunos de ustedes han tenido la bondad de ensayar sus efectos en grupos de enfermas, por consejo mío, y aunque, desgraciadamente, no todos los tratamientos han respondido á las halagüeñas esperanzas que hiciera concebir el elogio que de fuera venía, sin embargo, las apariencias han sido de alivio en determinados casos. Poco habremos de insistir por lo mismo acerca de cada uno en particular.

La ligadura atrofiante de las arterias uterinas, y aun de las hipogástricas, ha fracasado en esta clínica; todos recordarán el caso, operado por el Dr. Suárez de Gamboa, de cáncer uterino con infiltración extensa en el tejido celular y ganglios pelvianos, que hacía imposible toda intervención radical, y en el que se practicó la ligadura de ambas arterias hipogástricas con el propósito de evitar las hemorragias copiosísimas que sufría la enferma. A pesar de ello, éstas se reprodujeron con igual ó mayor intensidad á los pocos meses, para no terminar más que con la muerte de la operada.

Tratándose del cáncer inoperable del cuello, sea excrecente, sea glandular, ven ustedes que recurrimos de preferencia al raspado ó extirpación de las masas neoplásicas con la tijera y la cucharilla cortante de Wolkman, llevando hasta el límite la excavación, con tal de no perforar los fondos peritoneales ni destruir la cáscara muscular del conducto uterino, cauterizando después con la oliva del termo al rojo blanco las partes excavadas hasta producir una gruesa escara, rellenando, por último, aquel antro con gasa iodofórmica al 10 por 100. Cuando, á los pocos días, se desprende la escara, y una vez practicada la irrigación de limpieza con lisol ó sublimado, el primero, sobre todo, espolvoreamos la superficie cruenta con una mezcla á partes iguales de tanino, ácido salicílico y iodoformo, taponando luego con gasa. Esta cura se repite cada tres ó cuatro días, previa la desinfección y lavados correspondientes.

Con este tratamiento desaparecen los flujos, mejora el estado general de las enfermas y muchas logran una supervivencia de dos, tres y aun cuatro años en algunos casos.

También se puede aplicar el mismo tratamiento á los cánceres del cuerpo cuando ya están muy avanzados y son muy abundantes los flujos icorosos sanguinolentos, por la excesiva producción neoplásica en la cavidad uterina; pero entonces es preciso hacer el raspado con mucha prudencia para no perforar la matriz, cuyas paredes, por el hecho de la degeneración, están muy blandas y friables; y en vez de emplear el termo-cauterio, se hace uso de otro cáustico químico (cloruro de zinc muy concentrado, ácido nítrico, etc.).

A pesar de que la supervivencia en estos casos es menor, siempre obtienen las enfermas un alivio temporal.

En diferentes épocas han visto ustedes que hemos empleado en la clínica el *carburo de calcio* con objeto de destruir los tejidos exuberantes del cáncer del cuello y evitar los flujos saniosos; para ello debe emplearse un espéculum de Fergusson de buen diámetro con objeto de que abarque bien en su extremo anterior la parte que deba ser cauterizada, y después de lavar y secar ésta con torundas de algodón hidrófilo, cubrimos su superficie con pequeños trozos de carburo, que se mantienen *in situ* con un tapón de gasa iodofórmica. Ya saben ustedes que el carburo de calcio, en contacto de los líquidos que exhalan dichos tejidos, se descompone en acetileno y óxido de calcio, formándose una escara, especie de capa de yeso, que se lava diariamente por medio de irrigaciones vaginales antisépticas, hasta que, al cabo de unos días, se desprende gradualmente arrastrando los tejidos desecados.

Más activo, aunque más peligroso, resulta el ácido arsenioso, cuyos resultados en nuestra clínica dió á conocer hace algunos años el Dr. Guíu en un trabajo publicado en la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS. Su acción corrosiva es tan ciega, que es preciso tener mucho cuidado en vigilar sus efectos; pues se ha dado el caso de destruir los vasos uterinos, provocando hemorragias mortales.

A título de modificadores específicos de los tejidos neoplásicos, se han recomendado multitud de remedios que en gran parte hemos ensayado en la clínica desde 1890 sin ventajas apreciables. Así gozaron de boga la *trementina de Chío*, ya al interior, ya en inyección hipodérmica, sola ó combinada con el aceite de olivas en solución al 20 por 100; las inyecciones de alcohol absoluto en el mismo tejido canceroso; las de azul de metilo y de pioctanina; las de cancroína; las de oleato de sosa (jabón) en solución al 1 por 100, por la supuesta propiedad de disolver la colesterina, de que tan ricas son las células del cáncer. Hoy siguen en tanda los fermentos y los jugos orgánicos, tocándole al páncreas la supremacía entre todos los modificadores. Según Blumenthal, la célula cancerosa tiene una composición distinta de la célula somática; goza de propiedades semejantes á las del trofoblasto normal; entre otras propiedades, está presente un fermento autolítico que tiene el poder no sólo de destruir la albúmina del cáncer, sino con gran facilidad la albúmina de otros tejidos y órganos. Hace notar Blumenthal que todos los cánceres son fácilmente digeridos por la pancreatina, en tanto que todos los demás tejidos resisten su acción.

Como indicamos en la conferencia anterior, para los partidarios de la teoría glicogénica el exceso de producción de glicógeno y su

falta de conversión, que se observa en el cáncer, indica un trastorno en la función del páncreas y del hígado.

De aquí nació la aplicación del jugo pancreático y de la tripsina (que digiere las sustancias nucleares) al tratamiento del cáncer. Los pretendidos éxitos del tratamiento por los jugos orgánicos son semejantes á los que en todas las épocas se han atribuído á los modificadores generales, como el arsénico, solo ó asociado á la quinina en dosis repetidas, al régimen vegetariano, etc., etc.

Entre los fármacos que han sido preconizados como específicos del cáncer, figuran el *extracto fluido de celidonia* al interior y en aplicaciones tópicas, tan recomendado por Denissenko; *las hojas de violeta; la tuya oficinal; la euphorbia heterodoxa*, descubierta por Martins en Joazino (Bahía) y descrita por Muller en 1875, cuya euforbiácea tiene un jugo que en Pernambuco se conoce con el nombre de *leite de Alveloz*. Este jugo fresco es el que se ha empleado como escarótico y disolvente de los tejidos cancerosos, con resultado en el cáncer del útero, al decir de Landowski.

La aplicación de los rayos X, que han sido una verdadera panacea, no ha respondido á las esperanzas que los primeros ensayos hicieron concebir. ¡Quiera Dios que no suceda lo mismo con el radium, cuyos primeros pasos en el tratamiento del cáncer parecen halagüeños!

Y para no cansar más á ustedes, á la vez que dejo el puesto á otro profesor, terminaré recomendándoles que prodiguen en la última dolorosa etapa del cáncer inoperable la morfina por deber de humanidad; primero en supositorios, después en inyección hipodérmica, aumentando gradualmente las dosis; procuren acallar con este insustituíble recurso los crueles tormentos físicos y morales de las infelices cancerosas, á la vez que les disponen las medicaciones sintomáticas que reclaman los diversos trastornos del período caquéctico, recurriendo á los laxantes, eupépticos y tónicos variados. ¡Es lo menos que por caridad estamos obligados á hacer, ya que la Ciencia no les ofrece esperanza de salvación más que en un período de la enfermedad, en el cual ni remotamente pudieron imaginar que se hallaban enfermas!

---

## ¿CUÁNDO DEBE OPERARSE EL CÁNCER DEL ESTÓMAGO? (1)

POR EL DR. EULOGIO CERVERA Y RUIZ

Si el cáncer es una afección local en sus comienzos, que se hace general consecutivamente, y ésta es la creencia universalmente admitida en la actualidad, y es también una de mis más firmes con-

(1) *Cajal*. Año II, núm. 5.

vicciones quirúrgicas, el cáncer debe ser y es una enfermedad curable: el del estómago, por ende, lo es también. Todo el problema, pues, estará en operar el cáncer en su primer período, acaso *antes de éste*, cuando todavía no tiene los caracteres de la neoplasia maligna, *cuando todavía no es cáncer*. Para demostrar, explicar y fundamentar esta tesis ó concepto, me sería preciso desarrollar toda la doctrina biopatológica de la que le hago arrancar; pero no es éste mi propósito ahora: he de efectuarlo cuando publique mis modestos trabajos acerca de tan capital é interesante capítulo de la patología; trabajos que si largo tiempo comenzados, les falta mucho para darlos por conclusos.

Operar el cáncer en su primer período, éste es el problema que decíamos: es cierto; y este problema, clínicamente pensando, queda reducido á uno de diagnóstico precoz. ¿Es éste posible en el del estómago? Si no es factible, debemos concluir que el cáncer del estómago es incurable, *porque lo es siempre que por la claridad del cuadro sintomático no ofrece ninguna duda,* ni aun para los menos versados en esta materia; es decir, en el período de las deuteropatías cancerosas.

El cáncer del estómago puede dividirse en dos categorías clínicas: 1.° Cuando aparece en estómagos sanos, *al parecer*, y en individuos que gozaron siempre de buena salud. 2.° Cuando se manifiesta en individuos de historia gastropática, especialmente en los ulcerosos, ya que sobre una ulceración antigua puede desenvolverse un cáncer, y así ocurre la mayoría de las veces, si hemos de atenernos á nuestra observación, y muy especialmente á la autorizadísima de otros como Maydl, Seapeshko, Jedlitia, etc., que establecen una proporción de un 90 por 100, es decir, que de cien casos de cáncer del estómago, noventa se desarrollan sobre una úlcera ó cicatriz consecutiva.

Hemos subrayado—*al parecer*—al consignar el primer grupo. Esto así, porque entendemos que sin un previo traumatismo ó lesión no es posible admitir el desarrollo de un cáncer; y no porque creamos que traumatismo ó lesión produzcan cáncer; pero sí que colocan el tejido epitelial en condiciones abonadas para el desenvolvimiento de la neoplasia maligna: no porque supongamos que la irritación—en sus múltiples formas—sea origen de cáncer, sino porque el tejido sobre el que se ha de desenvolver queda ó puede quedar secuestrado consecutivamente al traumatismo ó lesión, y al ocurrir la secuestración, *resulta modificada, tal vez sustituída la función celular*. Por eso decía *al parecer*; porque admito, es más, requiero la preexistencia de una herida ó lesión, aunque sea pequeña, para el desarrollo del cáncer del estómago, aun en aquellos individuos de sanidad general y gástrica hasta el momento de la apa-

rición de la neoplasia maligna. No hay duda, por ende, dada esta sintética concepción etiológica y patogénica, que el cáncer del estómago es una afección local y curable, si se extirpa á tiempo ó, lo que es lo mismo, si se diagnostica en sus comienzos.

¿Existen síntomas de valor suficiente para establecer un diagnóstico precoz? Alteración del apetito, dolor y algunas veces vómitos, son los tres síntomas que abren la escena; pero ni aislados, ni sumados, son bastantes para diagnosticar el cáncer gástrico; pero si se agrega la pérdida de fuerzas y la de peso, entonces puede sospecharse. La aversión á los alimentos azoados, sin causa que la justifique, y más si se extiende á toda clase de alimentos, es una manifestación de alta significación diagnóstica. El dolor, que es compañero casi inseparable de la pérdida del apetito, es continuo, de intensidades diversas y más fuerte después de las comidas, no desapareciendo en absoluto, como ocurre en la úlcera gástrica. Y á esto se reduce la sintomatología del cáncer en sus comienzos, y al objeto que perseguimos, aquí debía terminar la exposición de los síntomas precoces. ¿Son suficientes para un diagnóstico exacto y de utilidad quirúrgica? Seguramente no: pero si después de someter al enfermo á un tratamiento médico adecuado, durante tres ó cuatro semanas *á lo sumo*, no mejora su estado y, por el contrario, persiste aquel cuadro, se acentúa la pérdida de peso, y ocurre en enfermos de edad media, yo me atrevería á aconsejar la laparotomía exploradora, no obstante pertenecer á un grupo de cirujanos que la detesta; es el *único*, *exclusivo* medio de *llegar á tiempo*: entiendo que se está autorizado á ello en previsión de un mal mayor: llegar tarde. Una vez practicada la laparotomía, se reconocen las paredes del estómago, el píloro y el cardias, y si se apreciara la menor induración en cualquiera de las regiones del antro gástrico, proceder á su inmediata resección.

De todas suertes, existen otras manifestaciones que contribuyen á esclarecer el diagnóstico, bien que, al investigarlas por el empleo de especiales métodos exploratorios, y al confirmarlas más tarde, entendemos que esto ocurre cuando el cáncer está ya lo suficiente avanzado para no esperar una *curación definitiva* y sí un simple compás de espera de la reproducción y la muerte en breve plazo post-operatorio. El que pueda citarse algún caso en apoyo de lo contrario no invalida la regla general que establezco.

Muchos son los métodos exploratorios propuestos para alcanzar la certeza diagnóstica: pero aisladamente empleados, no suministran datos seguros; y cuando se emplean todos, si se logra una mayor seguridad, sin ser absoluta, tan sólo sirve en la generalidad de los casos para confirmar la incurabilidad.

La radiografía gástrica, después de la ingestión del bismuto ú

otras sustancias opacas, ya libre ó encerrado en una cápsula albuminosa que se disuelve en cierto espacio de tiempo; la administración del ioduro potásico ú otros medicamentos, que deben presentarse en la orina al poco tiempo de ser ingeridos, en averiguación del poder de absorción del estómago; el estudio leucocitario de la sangre, aun representado cíclicamente, etc., etc., no son métodos que hayan aportado el menor dato, ni aun de mediano valor, al juicio diagnóstico.

El único que reporta una utilidad práctica es el examen químico del jugo gástrico, previa la comida de prueba, ya se emplee la de Ewald (35 ó 70 gramos de pan de trigo y 300 ó 400 gramos de agua ó té), ya se utilice la de Boas (sopa de avena confeccionada hirviendo, avena machacada con un poco de sal), preferida por la generalidad de los prácticos por no contener ninguna clase de ácido láctico preformado. Es cierto que este método nos da el coeficiente ácido del estómago—clorhídrico y láctico,—al que se le adjudicó una gran importancia diagnóstica, cuando resultaba positiva la presencia del segundo, y negativa, ó hipo, la del primero; pero también lo es que con el tiempo fué perdiendo su valor, ya que estos coeficientes fueron apareciendo en otras afecciones gástricas que ninguna relación tienen con la cancerosa.

También se llegó á creer, como un positivo medio de diagnóstico, en el descubrimiento microscópico de la presencia del singular organismo conocido por el nombre de bacilus de Oppler-Boas, asociado—y es natural que así ocurra—al ácido láctico; pero esta asociación se ha encontrado también en otras gastropatías, especialmente en la dilatación gástrica simple, y, por otro lado, no existe en todos los casos de cáncer, como ocurre cuando aparece el ácido clorhídrico libre en gran cantidad, que impide el desarrollo del bacilus mencionado. Lo más doloroso de cuanto llevamos anotado sobre los nuevos procedimientos de investigación diagnóstica del cáncer del estómago, es que los resultados negativos no influyen en las determinaciones que se deban tomar acerca del diagnóstico y tratamiento, porque no demuestran la no existencia del cáncer, sino que ésta puede ser real, á pesar de lo negativo de aquellos resultados.

Nada decimos del tumor, porque creemos que, en la generalidad de los casos, su presencia, ó mejor dicho, su evidente y clara apreciación, es signo de inoperabilidad.

En resumen, dos son los trípodes sobre que descansa el diagnóstico del cáncer: el primero es el observado en los comienzos del mal: el dolor constante, aversión á los alimentos azoados y la pérdida rápida de peso, no justificada; el segundo es el que indica un período más avanzado, acaso excesivamente avanzado, del cáncer: hipo ó anaclorhidria, presencia del ácido láctico y del bacilus de Oppler-

Boas, y reducción de la digestión de los albuminoides. El primer trípode; persistiendo cuatro ó cinco semanas no obstante el empleo de un tratamiente médico racional, debe bastar para aconsejar una intervención exploradora-curativa; el segundo, no diré que justifique la abstención absoluta, pero sí me atreveré á afirmar que la operación rara vez será curativa, y siempre exigirá extensas y totales resecciones, que podrán satisfacer el amor propio del cirujano y demostrar su pericia, cosas ambas de las que debemos curarnos, ya que las considero como una *patía* de los cirujanos de las últimas décadas, pero que nunca servirán para cantar los triunfos de una Cirugía racional, sensata y científica.

---

## NUEVA OPERACIÓN PARA EL PROLAPSO DEL RECTO Y LAS HEMORROIDES INTERNAS

Por el Dr. R. Martín Gil

Con ser ya muchos los procedimientos para curar estas enfermedades, voy á ocuparme de la operación del Dr. David Newman, de Glasgow (1), ideada en buen hora como más exenta de peligros y de mayor eficacia para curar afecciones de suyo molestísimas y rebeldes frecuentemente á los métodos quirúrgicos mejor reputados.

Pueden dividirse los procedimientos que se siguen en dos clases: Los que se proponen la cura radical y los que significan métodos conservadores. Los primeros—incluyendo la resección del recto—los practicaron Treves, Mickuliz y Weimbechner, y los segundos los idearon Lange, Verneuil, Marchard, Medeod, Barg, Thiersch y Kehrer.

La mayor parte de estos procedimientos tienen el inconveniente de comprender el tejido que rodea el ano, de exquisita sensibilidad, y resulta demasiado doloroso el estado *post*-operatorio, por lo que los enfermos sufren extraordinariamente. Además, las heridas de la operación están expuestas á infectarse, por lo difícil que se hace mantener limpia la región. Por eso, la escisión de la mucosa con el *ecraseur*, la ligadura ó el bisturí tienen serias objeciones, y muchos cirujanos prefieren el cauterio para resecar la mucosa ó para producir una inflamación adhesiva entre ésta y la túnica muscular del intestino.

Tales cauterizaciones las hacen unos mientras está la mucosa prolapsada y luego la reversan al recto, y otros la colocan primero en el interior, y aplicando un espéculum fenestrado cauterizan con

---

(1) *The Lancet*, 22 Diciembre 1906.

el termo, primero la pared posterior, luego las laterales, y por último la anterior, en relación con la vejiga de la orina. Pero este método no sólo es deficiente, sino que expone á riesgos positivos, porque la cauterización no se hace por igual: en unos puntos se hace insuficiente y en otros es tan profunda que destruye las capas musculares, dejando de producirse la adherencia que se busca, y hasta se puede atravesar la pared del recto. El resultado de este procedimiento es muy ineficaz, porque, ó las cauterizaciones han sido muy ligeras, ó en algunos puntos son tan extensas que originan retracciones de la mucosa, causa de estrecheces circulares del recto.

Las capas del intestino en esta región son más gruesas que en el colon y en la flexura sigmoídea. El recto está rodeado de un tejido celular laxo que le permite gran movilidad, y cuando se halla vacío, la mucosa se recoge en pliegues longitudinales, cuya disposición favorece las contracciones sobre su eje para expulsar los excrementos.

Cuando un estado patológico acontece, la acción eyaculadora se exagera, y el tejido conectivo muy laxo que rodea la mucosa se afloja y permite que sobresalga por el ano; lo mismo que acontece normalmente en algunos animales después de la defecación.

En el hombre puede suceder esto, como hemos dicho, cuando se relaja la túnica celular que deja salir la mucosa por el ano, y si la enfermedad progresa, viene la atonía de las capas musculares y hasta desaparece la almohadilla adiposa de la fosa isquio-rectal. Así es que el prolapso es generalmente gradual, y se origina en los casos de constipación crónica, hemorroides, pólipos del recto, infartos prostáticos, estrecheces uretrales, cálculos de la vejiga de la orina, desplazamientos uterinos y tumores pelvianos, que producen el tenesmo rectal y dificultan seriamente las deposiciones. Al principio del mal, la mucosa es la única prolapsada, y si no se trata convenientemente esta sencilla enfermedad, sale después la capa muscular, llegando en casos extremos á presentarse por el ano, todo el recto y parte de la S ilíaca.

El efecto de la operación de que vamos á tratar es producir adherencias inflamatorias con el cauterio actual, entre la mucosa y las capas musculares, en los casos de prolapsos del recto, y obstruir las venas dilatadas cuando se trate de hemorroides internas.

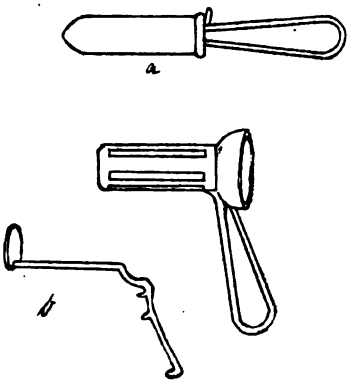
## OPERACIÓN

Tres días antes de la operación se administrarán al enfermo 30 gramos de aceite de ricino; en los dos días siguientes se le pondrán por mañana y tarde enemas salinos abundantes, y el día antes de

la operación se le purgará nuevamente con las siguientes sustancias: áloes sucotrino, podofilina y extracto de raíz de ruibarbo, aa. 10 centigramos; calomelanos al vapor, 15 centigramos; en dos ó tres píldoras ó en un disco amiláceo.

Una ó dos horas antes en la mañana de la operación se hará un lavado amplio y eficaz del recto y se le aplicará un supositorio con dos centigramos de sulfato de morfina.

Anestesiado el enfermo, se coloca en posición de litotomía forzada; se le lava el recto si está prolapsado y se le restituye á su cavidad. En seguida se le introduce el espéculum con su mandril *a*,




**Espéculum fenestrado.—*a*, mandril; *b*, obturador.**

hasta la dilatación en que aparece el mango. Este espéculum tiene nueve centímetros de largo por tres de diámetro, y aparece con seis rasgaduras ó ventanas longitudinales, de ocho centímetros de largo por uno de ancho. Estas aberturas quedarán por encima del ano para que al cauterizar no se interese la unión de la mucosa con la piel, cuyo sitio es muy doloroso.

Al sacar el mandril, la mucosa se propulsa por las hendiduras del espéculum y por su extremo interior. Entonces el operador, provisto de una iluminación frontal, coloca el obturador *b*, que evita penetre la mucosa por la boca del espéculum y se queme indebidamente.

Con un cauterio al rojo cereza se va quemando lentamente la mucosa en las seis aberturas donde aparece propulsada, hasta que no sobresalga del grueso de la pared del *espéculum*. Debe cuidarse que no se caldee mucho el instrumento, y para esto se aplica un chorro del irrigador al final de cada cauterización.

Después se retira el obturador, se coloca otro supositorio de morfina, se rellena de tiras de gasa untadas de vaselina, y se saca el *espéculum*, dejando en el ano la punta de la gasa introducida.

El tratamiento post-operatorio es bien sencillo: se le administrarán al enfermo algunas dosis de opio por la boca, y se le mantendrá con dieta líquida. Las partes externas de la región se conservarán muy limpias, y el tapón de gasa se dejará por seis ó siete días, ó se sacará antes si el enfermo no lo tolera, y se le administrará un laxante.

En los casos operados por el Dr. Newman ha conseguido los más lisonjeros resultados. Sólo encuentra que se necesita algún cuidado para evitar que se recaliente el *espéculum* durante las cauterizaciones, y se llegue á destruir también la mucosa protegida entre las aberturas del *espéculum*.

En los casos de prolapso tiene á los enfermos tres semanas en cama, y en los de hemorroides á los pocos días están curados.

Dos ó tres meses después, los enfermos que han sufrido las más severas operaciones tienen la mucosa del recto de un aspecto normal, y el esfínter del ano se mantiene perfectamente cerrado. Entre los operados, cuenta casos que fueron tratados antes por la ligadura y el *ecraseur*, sin resultado, ó que tuvieron recidivas, y con este método obtuvo completas curaciones.

Por último, las ventajas de esta operación se sintetizan en las conclusiones siguientes: 1.ª La zona de exquisita sensibilidad del ano en ningún caso se comprende. 2.ª Las cauterizaciones se efectúan con la mucosa colocada *in situ*, asegurando que las adherencias la mantengan en su posición. 3.ª Las cicatrices son lineales, en dirección del eje del recto, y no puede producirse estrechez circular de este órgano. 4.ª El ano conserva su integridad, y el esfínter se contrae eficazmente. 5.ª En ningún caso ha sido ineficaz la operación.

---

## QUISTE HIDATÍDICO DEL RIÑÓN DERECHO

### (NEFRECTOMIA LUMBAR.—CURACION)

Por el Dr. L. González Bravo
Del Instituto Rubio.

Cirilo Escudero, de veintisiete años, ajustador mecánico, carece de antecedentes patológicos dignos de mención hasta Octubre de 1902, en que á consecuencia de un esfuerzo fué atacado de un violento dolor en la región costo-ilíaca derecha, que se irradiaba hacia la vejiga y que desapareció á los dos días, coincidiendo con la expulsión por la uretra de unas membranas que el enfermo compara á las uvas. Estos accesos se han repetido cuatro ó cinco veces en el espacio de tres años, aumentando de intensidad; hace próximamente un año que las orinas, hasta entonces claras, se han hecho tur-

bias, el dolor es constante en la región lumbar, se extiende á lo largo del uréter, la micción es frecuente y en ocasiones se ve acometido de accesos febriles.

Con estos antecedentes se presentó en el Dispensario el día 4 de Mayo de 1905, y en el examen que hicimos pudimos apreciar que la uretra estaba normal, así como la próstata y las vesículas seminales; la vejiga tenía su capacidad también normal; la orina que retiramos con la sonda era turbia, dejando un considerable sedimento de pus.

En el lado derecho del abdomen pudimos apreciar un tumor redondeado y liso, ligeramente fluctuante, poco movible.

En el lado izquierdo apreciamos que el riñón era normal.

El análisis de la orina emitida en veinticuatro horas dió el siguiente resultado:

| | |
|---|---|
| Cantidad..... | 1.300 c. c. |
| Urea..... | 13 gramos. |
| Albúmina..... | 80 centigramos. |

Sedimento formado por glóbulos de pus, algunos hematíes y gran número de leucocitos.

Con estos antecedentes y el de haber expulsado el enfermo membranas con los caracteres antes descritos, establecimos fácilmente el diagnóstico.

Cuatro días después de su entrada en la clínica operé al enfermo de la manera siguiente:

Incisión lumbar oblicua hasta llegar al tumor; una vez puesto éste al descubierto, reconozco un gran quiste que ocupaba toda la extremidad inferior del riñón; incindí la bolsa, de la que salieron gran cantidad de hidátides muertos y un líquido purulento; después de lavada con sublimado la cavidad, procuré atraerla fuera de la herida para resecarla; pero en este momento me apercibí de que por encima de esta bolsa existía otra que comprimía la parte superior del riñón, cuya sustancia cortical había quedado reducida á una ligera cáscara fibrosa; en estas circunstancias, me decidí á practicar la nefrectomía; puesto que el riñón tenía muy escaso valor funcional, desprendí y ligué el uréter y en seguida ligué el pedículo vascular, extirpando el riñón.

La curación post-operatoria fué sencilla; la herida cicatrizó sin incidentes, y únicamente tuvo un pequeño flemón al eliminarse las ligaduras del pedículo, que hicimos con seda por creerlas más seguras.

Al examinar la pieza es difícil decir si el quiste ha nacido en el riñón ó por fuera de él; lo que sí se aprecia es que está completamente destruído por compresión é invasión directa.

La etiología de los quistes hidatídicos es conocida de todos. Introducidos los huevos de tenia equinococus por el aparato digestivo y llevados por los vasos quilíferos al torrente circulatorio, pueden estos gérmenes depositarse en cualquier órgano; así se explica que los del riñón sean una enfermedad poco común, dado el largo trayecto que tienen que recorrer hasta fijarse en este órgano. La causa, pues, de esta afección hay que buscarla en el género de vida de los individuos atacados de ella.

El enfermo cuya historia hemos relatado hacía uso casi constantemente en su alimentación de embutidos y carnes de cerdo, y tal vez á esto se deba la causa de su enfermedad.

Los signos por que se manifiestan los quistes hidatídicos son muy oscuros: se desarrollan silenciosamente, rechazando y comprimiendo los tejidos sin invadirlos, y evolucionan sin producir dolores ni trastornos hasta que por su desarrollo adquieren volumen suficiente para producir fenómenos de compresión; y sólo entonces es cuando manifiestan su presencia. Cuando se localizan en el riñón éste no protesta; nada de particular se nota en la orina, y aun cuando por compresión hayan destruído la casi totalidad de la sustancia glandular y la hayan dejado reducida á una especie de capa fibrosa sin valor apenas funcional, como el desarrollo es lento, el riñón opuesto tiene tiempo de hipertrofiarse por compensación y bastar por sí solo á la eliminación de la orina.

El dolor es generalmente el primer síntoma que denota la existencia de la afección, y sólo por casualidad en los primeros tiempos se suele descubrir el tumor, cuyos caracteres son los de estar implantado profundamente; y á menos que no esté localizado en un riñón flotante, sólo se le pueden imprimir pequeños movimientos de lateralidad, siendo difícil desplazarle.

Este tumor se desarrolla generalmente del lado que los tejidos le ofrecen menos resistencia, y por lo tanto los quistes hidatídicos del riñón se desenvuelven hacia el abdomen y raras veces hacen prominencia por la parte de los lomos.

El signo patonogmónico, el temblor hidatídico, generalmente falta.

El desarrollo excesivo de la bolsa hidatídica produce fenómenos de compresión en los órganos vecinos.

Si la distensión exagerada ó su traumatismo producen la rotura de la bolsa, aquélla se verifica siempre por el sitio de menos resistencia, que es la pelvis, y entonces aparecen los hidátides en las orinas.

Creciendo el hidátide lenta y silenciosamente sin despertar dolores ni fenómenos generales, va rechazando poco á poco los órganos vecinos hasta adquirir un volumen considerable, y los enfermos ape-

nas si experimentan alguna incomodidad; la evolución se manifiesta de una manera silenciosa hasta el momento en que empiezan las complicaciones.

Las complicaciones son debidas al crecimiento excesivo de la bolsa quística, á su rotura y á la infección.

El crecimiento excesivo de la bolsa quística puede determinar los fenómenos más variados de compresión mecánica, produciendo perturbaciones gástricas cuando aquélla se verifica en los órganos del abdomen, y cardio-pulmonares cuando se produce en el diafragma, habiéndose citado algún caso de muerte por marasmo; pero esta terminación es rara, porque la bolsa del equinococo se rompe antes de llegar á tal extremo.

Las roturas se producen bajo la influencia de una presión interior exagerada, de un esfuerzo ó de un traumatismo, y lo más general es que se verifiquen en la pelvis renal, que es el punto que ofrece menos resistencia; otras veces se abren en los órganos que rodean al riñón, intestino, estómago, peritoneo y pulmón, y por fin, y éstas son las más raras, las que se abren al exterior á través de la pared posterior del tronco.

A mi entender, creo que en el caso presente se trataba de quiste hidatídico parenquimatoso que había destruído la casi totalidad de la sustancia glandular, y por esta razón me decidí á practicar la nefrectomía: hubiera preferido haber empleado el procedimiento de Delbet; pero encontrándome con un riñón cuyo valor funcional era muy escaso, si me hubiese limitado á abrir sencillamente la bolsa ó hubiese empleado otro de los procedimientos conservadores, me hubiese expuesto seguramente á ver al enfermo condenado á una larga supuración consecutiva, debida á la existencia de lesiones infecciosas consecutivas á la retención renal.

La vía lumbar es, á nuestro modo de ver, el procedimiento de elección; y una vez abierta la bolsa y desembarazada de hidátides, se debe proceder según las circunstancias. Si las condiciones de la bolsa lo permiten, ninguno más conservador ni que presente mayores garantías operatorias que el método de Delbet.

En los casos en que el riñón no esté muy destruído ó no se esté seguro del funcionamiento del otro riñón, debemos limitarnos á abrir el quiste y resecar la parte de bolsa que sea posible.

Y si, como en el caso presente, se ve que el riñón está destruído, es preferible recurrir desde luego á la nefrectomía si ésta puede llevarse á cabo sin peligro.

# SARCOMA IDIOPÁTICO, MÚLTIPLE, HEMORRÁGICO DE KAPOSI

Por el Dr. D. Sixto Martín

La sarcomatosis cutánea es una afección extraordinariamente rara y poco conocida; tanto es así, que las primeras descripciones que de ella se encuentran datan de hace treinta y siete años.

Autores hay que describen el sarcoma con anterioridad á esta fecha, pero es considerándolo desde otros puntos de vista completamente distintos; Köbner, en 1869, y Virchow más adelante, fueron los primeros que hicieron un estudio detallado de los tumores en general, y en especial de algunos casos de sarcomatosis cutáneas. Posteriormente á estos estudios, ya se encuentran trabajos notables de Kaposi, Vidal, Hallopeau, etc.

Entre los muchos y muy diferentes tipos de sarcomas primarios de la piel descritos en estos últimos años, hay uno que es el que con más frecuencia se presenta, y es el llamado sarcoma idiopático, múltiple, hemorrágico de Kaposi.

Entre los sarcomas existen, como en la mayor parte de todas las afecciones, formas que podríamos llamar transitorias ó intermedias entre la que sirve de tipo y otras no tan marcadas; aquella de que ahora nos vamos á ocupar tiene caracteres clínicos tan bien diferenciados, que es relativamente fácil de conocer; su aparición es siempre simétrica, comenzando primeramente por las manos y los pies, y extendiéndose luego al resto de las extremidades, para últimamente invadir la cara.

El siguiente caso, observado y descrito por Selhorst y Polano en un muy notable artículo, es del tipo del llamado sarcoma idiopático, múltiple, hemorrágico de Kaposi.

L. C., pintor, de setenta años, ingresó en el hospital el 25 de Octubre de 1905. Hasta los cincuenta años estuvo siempre perfectamente sano. Fué casado más de veinte años, muriendo su mujer á los sesenta años, de una apoplejía.

La enfermedad actual empezó hace unos veinte años, por una pequeña mancha en la mano izquierda, en su cara dorsal; era de un color sonrosado, que desaparecía por la presión, y era completamente lisa. Durante diez y ocho años permaneció estacionaria, adquiriendo un desarrollo algo más rápido en estos dos últimos años.

Los antecedentes hereditarios del enfermo son inmejorables: su padre falleció á los setenta y cinco años y su madre á los setenta y dos; todos sus hermanos viven, disfrutando de buena salud, y sólo uno murió á los sesenta años, de un cáncer del estómago.

El mismo paciente ha sido siempre un hombre sano; no se en-

cuentra en él ningún dato ni antecedente sifilítico. Su aspecto exterior no indica que se trate de un enfermo; solamente se nota en él alguna dificultad al andar, y que se queja de dolores al sentarse. Hace algunos meses tuvo un ataque de disnea, que luego le repitió algunas veces; pero estos ataques desaparecieron desde que se le extirparon unos pequeños tumores que tenía en las cuerdas vocales.

Al poco tiempo de notarse las manchas de la mano izquierda aparecieron en la derecha, y así fué progresando la enfermedad hasta encontrarse en el siguiente

*Estado actual.*—La localización de los tumores cutáneos es ahora exactamente simétrica; sobre la cara dorsal de ambas manos se ven unos tumores del tamaño de avellanas, confluentes, situados principalmente sobre el tercero y cuarto metacarpiano, y que se extienden hacia la primera falange del dedo medio. Sobre la cara dorsal del dedo anular, y en la piel correspondiente al espacio del primero y segundo metacarpiano, los tumores se encuentran más aislados. Todos ellos, cuyo tamaño varía entre el de una avellana y el de una judía, son asimismo más ó menos prominentes, puesto que tienen su punto de origen en el dermis. El color de la piel es en estos puntos azul pálido.

Las extremidades inferiores están, en su tercio inferior, cianóticas y con algo de infiltración; los tumores son bastante desarrollados, y se encuentran colocados á lo largo de la vena safena. Entre los maléolos externos y á lo largo de la cara plantar, principalmente por el borde externo, se encuentra una masa verrugosa de color azul oscuro y algunos nodulitos, á veces muy difíciles de reconocer. En la cara dorsal de ambos pies se ven también algunos tumorcitos más pequeños y confluentes que los de las manos. El resto del cuerpo se encuentra completamente libre, á excepción de los párpados superiores, en los cuales, y también de un modo simétrico, se observan tumorcitos del tamaño de una judía y de un color violeta.

Histológicamente se observa lo siguiente: inmediatamente por debajo de la red de Malpigio se pueden ver con una lente de aumento múltiples masas tumorales de tejido fácilmente aislables y rodeadas de tejido conjuntivo. Al escindir una de estas masas, se encontraron tres lagunitas, situadas aproximadamente á medio milímetro por debajo del epitelio. En el resto del tejido que forma el tumor, el epitelio está muy compacto, y las papilas son muy numerosas y dispuestas irregularmente. En los bordes y entre los pequeños tumores se encuentran masas muy pequeñas, de un color gris oscuro, adheridas entre sí y con la propiedad de colorear la sustancia amorfa del protoplasma de las células. Estos tumores están recubiertos por una red de vasos que se encuentran fuertemente dilatados y

llenos de corpúsculos sanguíneos; la disposición de estos vasos es muy irregular, observándose apelotonados en algunos sitios, y atravesando el tumor en distintas direcciones en otros. Al nivel de estos mismos vasos, y siguiendo su dirección, se ven las células del tejido unidas de un modo muy irregular. En los puntos donde el sistema vascular no está tan desarrollado, se observan igualmente verdaderas cintas de células unidas y entrecruzadas unas con otras. Por esto se ve con frecuencia entre las células fusiformes una verdadera banda de células redondas con núcleo central muy característico, y por último, se ven también otras células, que por la variedad de su forma y tamaño, pudiera decirse que son el paso de una á otra de estas dos clases de células. El tamaño del núcleo de las células fusiformes es el ordinario, pero en cambio su forma varía mucho, observándose al mismo tiempo en él muchas depresiones. La intensidad de coloración de estos núcleos es muy varia. Estos tumores que, como decimos, están formados de células fusiformes, se encuentran rodeados de vasos capilares.

Clínicamente, tampoco es dudoso el diagnóstico de estos sarcomas. Muchos autores han indicado ya la benignidad de este tipo de sarcomas. Sommer describe un caso, en el cual el proceso permaneció estacionario durante siete años. El caso de que nos hemos ocupado ha llevado, como hemos visto, una marcha aún más lenta, puesto que durante diez y ocho años no progresó nada, indicándonos todo esto que se trata de una afección indudablemente de lento desarrollo. A pesar de su lentitud, no podemos en este particular caso decir que no tiene gravedad por tratarse de un individuo de setenta años, y, por lo tanto, más predispuesto á la caquexia.

Kracht y otros han denominado á estos tumores acroangiomas, por su naturaleza vascular. Esta denominación sería en realidad la verdadera si el cuadro histológico no nos mostrase, como hemos visto, que el elemento primordial de estos tumores sarcomatosos eran las células fusiformes.

Como tratamiento, la mayoría de los autores preconizan el arsénico. Sommer dice que ha obtenido excelentes resultados con las inyecciones de cacodilato de sosa.

En varias ocasiones se han empleado las inyecciones de atoxilina, sin que dieran resultado. Se han aplicado igualmente los rayos Röntgen, siendo su resultado más favorable, pues se ha conseguido con ellos disminuir el tamaño de dichos tumores y que adquirieran cierta tendencia hacia su curación.

El tratamiento de Finsen por la luz y el de las sales de radio no lo hemos experimentado todavía.

Madrid, 18 de Enero de 1907.

# HUESO DE ACEITUNA ALOJADO EN EL BRONQUIO DERECHO

## EXTRACCIÓN POR MEDIO DE LA BRONQUIOSCOPIA DIRECTA TRAUMATODIAL (1)

POR EL DR. A. G. TAPIA
Del Instituto Rubio. De la Policlínica Cervera.

Los modernos métodos de exploración endoscópica directa del árbol tráqueo-bronquial se imponen.

Yo no sabría evadirme de exponer aquí el inevitable capítulo «Importancia de la tráqueo-broncoscopia», en que cabrían más ó menos oportunamente algunos párrafos de pedantesca erudición, si no me pareciese mejor referir escuetamente el caso que motiva esta comunicación, porque creo que los hechos hablan con mucha más elocuencia que los discursos.

El caso que voy á exponer es el segundo, que yo sepa, en el que se emplea en España la tráqueo-bronquioscopia para la extracción de cuerpos extraños del conducto tráqueo-bronquial.

El primer caso ha sido también operado por mí, y se trataba de un joven que tenía una sanguijuela adherida á la tráquea, muy cerca de la bifurcación, siendo extraída el día 17 de Agosto de 1906 por medio de la traqueoscopia stomatodial, en la clínica y á presencia del Dr. Gereda.

El que motiva esta comunicación concierne á un niño de diez años, robusto, sin antecedentes morbosos familiares ni personales. El día 12 de Mayo jugaba este niño á las batallas con varios amigos, y al dar un grito, al decir ¡á ése!, un hueso de aceituna que tenía en la boca fué aspirado á la laringe, produciéndole gravísimos trastornos asfícticos, con cianosis, etc., de origen laríngeo evidente; estos síntomas se desvanecieron pronto, para ser sustituídos por tos espasmódica bronquial y por disnea de vías respiratorias bajas, tan acentuada, que muchas veces tenía que salir al balcón en busca de aire. Al día siguiente, 13 de Mayo, lo trajeron á Madrid, y el doctor Herrero García, que le vió en el Hospital de San Carlos, tuvo la bondad de enviarle á mi consulta. La misma tarde que le vi, le llevé al Instituto del Dr. Decref para hacer una radioscopia. El resultado fué negativo: se intentó hacer un radiograma, pues muchas veces lo que la vista no alcanza lo graba la placa fotográfica; pero la posición decúbito-supina era imposible, porque exacerbaba la tos y la disnea; en vista de esto, se desistió de hacer la radiografía.

El Dr. Fernández Sanz, que lo auscultó con nosotros, y á cuya autorizada opinión me atengo, consideró evidente la presencia del

(1) Comunicación á la Academia Médico-quirúrgica Española. Sesión del 17 de Diciembre de 1906.

cuerpo extraño, y aun cuando era imposible localizar su situación, creímos que estaba en la tráquea todavía.

En vista de esto, decidimos hacer aquella misma tarde la traqueo-broncoscopia. Hecha la anestesia clorofórmica por el Dr. Hernando, colocamos el niño en posición decúbito supino con la cabeza colgante fuera de la mesa, é introdujimos por vía bucal un tubo broncoscópico de 25 centímetros por 9 milímetros; pero al llegar á la tráquea produjéronse varios golpes de tos intensa, por lo que retiramos el tubo para llevar la anestesia hasta apagar el reflejo traqueal. Entonces volvimos á introducir el tubo, y apenas llegamos al vestíbulo laringeo, prodújose una contractura de los músculos del tórax, con la apnea consiguiente, á la vez que un trismus tan exagerado, que los incisivos superiores, encajados en una de las ranuras de la escala exterior del tubo, dificultaba algo su extracción. La cianosis llegó á ser tan acentuada, que hubo que traqueotomizar con extrema urgencia, siendo preciso que después hiciéramos respiración artificial durante algunos minutos para que el niño volviese á la vida.

Con la traqueotomía habíamos resuelto esta complicación vital; pero en modo alguno debíamos esperar que por ella se mejorasen los trastornos respiratorios causados por el cuerpo extraño.

Esto era lo lógico; pero ¿cuál no sería nuestra sorpresa al ver que desde entonces el muchacho comenzó á respirar mejor, cualquiera que fuese la posición en que se le colocase, y á no sentir ya la imperiosa necesidad de buscar aire; en una palabra, á mejorar extraordinariamente de su disnea?

Era preciso explicarse esto, y nosotros discurrimos de este modo: ¿Habría sido expulsado con la tos el cuerpo extraño? No era creíble, porque nos habríamos dado cuenta de ello.

¿Habría ascendido hasta la laringe, permaneciendo en este sitio detenido por la cánula de traqueotomía? Nosotros habíamos observado que al tapar el orificio de la cánula, el enfermito, cosa rara, no podía respirar; y creyendo que tal vez esto fuera debido á algo de edema laríngeo engendrado por el traumatismo que pudo producir el bronquioscopio por la presión que sobre él ejerció la mandíbula contracturada, examinamos la laringe, no pudiendo ver, por la extrema indocilidad del enfermo, más que la extremidad posterior de las cuerdas, blancas, movibles y sanas; era de suponer que lo restante de la laringe estuviera bien; tanto más, que el enfermito ni tenía dolor en la laringe, ni fiebre. Entonces pensamos á la vez el Dr. Hernando y yo si el hueso de aceituna estaría detenido encima de la cánula. Quise hacer laringoscopia forzada á lo Escat, ó laringoscopia directa, forzada también; pero por el estado del niño y los reparos que ponía la familia, desistimos de ello. Además, en los días

sucesivos tuvo una exacerbación de la bronquitis con dificultad de la entrada del aire en los pulmones, á causa de la abundante producción de exudados, que fué menester extraer mediante la pompa de Killian (1). Y estos fenómenos hicieron que surgiera una tercera hipótesis.

¿Habría penetrado el cuerpo extraño tan profundamente en un bronquio que dejase libre un pulmón entero y parte del otro? Esto parecía lo más verosímil, y explicaba á la vez la rápida mejoría de la respiración y la posterior exacerbación de los fenómenos bronquiales. Sin embargo, con la auscultación no pudimos comprobarlo, pues la conductibilidad de los pulmones infantiles y la superposición de ruidos producidos por la bronquitis concomitante, sumados á la aspereza especial que se oye en los traqueotomizados, imposibilitaba nuestros deseos. Recurrimos nuevamente al radio-diagnóstico (ya se podía colocar en decúbito supino sin disnea y sin tos), logrando el Dr. Decref hacer el magnífico radiograma que presento: en él se ve una pequeña sombra que parece corresponder á uno de los bronquios secundarios del lado derecho; sin embargo, la circunstancia de existir otra sombra parecida y simétricamente colocada en el lado izquierdo, nos hizo dudar algo de que aquello fuese el hueso de aceituna.

Sin embargo, era preciso encontrar el cuerpo del delito, y el día 28 de Mayo, bajo anestesia clorofórmica, practicamos la broncoscopia traumatodial, es decir, introdujimos el tubo bronquioscópico á través de la abertura traqueal. Llegamos con él á la bifurcación; penetramos en el bronquio principal derecho, en cuya pared veíamos claramente los orificios de arranque de los bronquios secundarios, y recorrimos algunos centímetros de dicho bronquio, pudiendo asegurar, dada la gran extensión examinada, que en este sitio no se encontraba el hueso de aceituna. Repetimos la maniobra en el bronquio izquierdo, y tampoco existía en él el cuerpo extraño. Para hacer estas exploraciones empleé el mango de demostración de Casper, merced á lo cual los Dres. Goyanes y Hernando pudieron comprobar como yo el hecho citado.

Volvimos á colocar la cánula, quedando sumidos en un mar de dudas acerca del paradero del mencionado hueso.

Y para que la cuestión se complicara más, hasta el punto de que este caso más tiene aire de novela inverosímil, por lo estrambótica, que de hecho real, apareció dos días después, debajo de una vitrina de la sala de operaciones, un hueso de aceituna.

---

(1) Recientemente se ha utilizado la pompa de Killian con este fin por algunos autores; pero debo hacer constar que ya en el número del mes de Junio de 1904 de esta REVISTA publiqué un artículo, *Dos casos interesantes de traqueotomía*, en el que refería que había yo hecho esta aplicación con éxito feliz.

¡No cabía duda! En aquel sitio encontrado, no podía menos de ser el que había aspirado este enfermo. ¡Ya teníamos en nuestras manos el cuerpo del delito! ¡Ya podíamos esperar el rápido restablecimiento del pequeño enfermo!

No obstante, al tapar el orificio canular, seguía efectuándose mal la respiración, por lo cual no nos decidimos á quitarle la cánula, y el pequeño marchó á su pueblo con ella puesta. Un mes más tarde volvió en el mismo estado; y aun cuando la cánula era de calibre apropiado á la edad del niño, decidimos sustituirla por otra perforada en el dorso, con objeto de ver si la respiración se restablecía por la vía natural, lo que nos demostraría si la conducción aérea laríngea estaba ó no expedita.

El día 25 de Julio, al quitar la cánula ordinaria para poner la perforada, sobrevinieron bruscamente una serie de accesos intensísimos de tos bronquial espasmódica en extremo alarmantes; coloqué rápidamente la cánula, y, merced á la instilación de algunas gotas de estovaína, desapareció la tos, quedando una acentuada disnea de los mismos caracteres que la que presentaba el día que vino por vez primera á mi consulta.

Evidentemente nos habíamos equivocado: el hueso encontrado en la sala de operaciones no era el que aspiró este muchacho, y sólo sirvió para despistarnos. Lo que había ocurrido fué una de las cosas que pensamos: el hueso extraño había quedado detenido encima de la cánula, y al quitar ésta perdió el apoyo y cayó nuevamente á la tráquea.

Es de advertir que se había cambiado tres veces la cánula, sin que hubiera pasado nada; verdad es que en dos ocasiones se hizo en posición decúbito.

A los pocos días se presentaron fenómenos pulmonares de importancia, con expectoración purulenta, fiebre alta (39,5°) por las tardes y poco á poco una demacración grande, que daba á este niño el aspecto de un tuberculoso avanzado.

He aquí el resultado de la exploración practicada entonces por el Dr. Cejudo:

«Llama la atención en el enfermito, á la inspección del tórax desnudo, la asimetría torácica por aplanamiento de la mitad derecha del pecho, y el retraso que experimenta esta misma mitad torácica de las excursiones respiratorias. A la percusión se determina en todo el lado derecho un sonido oscuro de submatidez ligeramente timpánico, y falta el desplazamiento del borde pulmonar. A la auscultación, falta completa de transmisión de las vibraciones vocales, y falta completa también del murmullo vesicular en todo el pulmón derecho.

»El pulmón izquierdo, en condiciones normales; únicamente es

digna de mención la respiración pueril exagerada. Estos datos, unidos á la historia de este enfermo, me hacen creer que el cuerpo extraño existe y está enclavado en el gran bronquio derecho.»

En vista de esto, el día 26 de Agosto le quité la cánula, y, previa la anestesia local, introduje un tubo de 7 milímetros, fenestrado, para que pudiera respirar por el pulmón izquierdo, pudiendo ver perfectamente que el bronquio derecho estaba totalmente obturado por pus, que rebosaba y descendía algo hacia el bronquio izquierdo; procuré limpiar con un portaalgodón, y después de varios minutos logré ver una mancha pardusca en el centro del campo, rodeada por un anillo de pus extremadamente fétido: era el hueso de aceituna, que estaba detenido en el bronquio principal, á nivel del primer bronquio colateral.

Introduje la pinza que juzgué más adecuada de entre todos los modelos de Killian, y no pude extraerle; más bien me pareció que le había empujado más profundamente. En vista de esto, hice construir la pinza que presento, y que tiene dos ramas delgadas, fácilmente insinuables entre el hueso y la pared bronquial, con tres finísimas y penetrantes puntas de aguja, dirigidas en forma de arpón, con el fin de prender fácil y firmemente el hueso.

Y, en efecto, el día 30 de Agosto repetí las maniobras anteriores; el enfermito estaba tan aplanado y tan persuadido del bien que se le iba á hacer, que toleró pacientemente todas las maniobras sólo con la anestesia local y en posición sentado.

Introduje un tubo corto fenestrado de siete milímetros de diámetro por quince de largo; limpié perfectamente el campo, iluminé bien con la lámpara de Kirstein, y vi con perfecta claridad el hueso de aceituna. Introduje entonces la nueva pinza, cogí firmemente el cuerpo extraño, y le extraje al mismo tiempo que el tubo bronquioscópico.

La emoción que yo mismo experimenté es indescriptible, y dejó en mi ánimo una impresión que no se borrará en los días de mi vida.

Ocho días después quité la cánula, y el niño quedó completamente curado, recuperando en breve tiempo su perdida robustez y buen color.

*
* *

Al comenzar la exposición del caso, decía yo que los hechos hablan con más elocuencia que los discursos; por eso espero que este caso os habrá demostrado cumplidamente las inmensas ventajas de los métodos de exploración endoscópica directa del árbol respiratorio.

Una enseñanza muy provechosa para ulteriores observaciones puede deducirse de este caso. Es relativamente frecuente que los

cuerpos extraños, con los esfuerzos de la tos, salgan á la tráquea y aun á los bronquios, y sean expulsados por la boca; pero es menos frecuente que, como en el caso actual, tropiecen en la glotis, cerrada espasmódicamente, y queden en la laringe; si en este momento se efectúa la traqueotomía como indicación vital, el cuerpo extraño permanecerá en este sitio detenido por la cánula. Pues bien: siempre que en casos como éste se dude de la situación laríngea ó bronquial del cuerpo extraño, debe hacerse primero la traqueoscopia estomatodial (sin quitar la cánula), bien con el traqueoscopio ó con el tubo espátula de Killian ó de Guissez; y en caso de no hallarse el cuerpo extraño, se procederá inmediatamente á hacer la bronquioscopia traumatodial. Nosotros hicimos solamente esto último, y el hueso de aceituna quedó en la laringe.

Otro problema que suscita este caso es el de las indicaciones de la bronquioscopia estomatodial y de la traumatodial.

Cada uno de estos dos procedimientos tiene sus partidarios: asi como Killian practica y proclama la bronquioscopia estomatodial como procedimiento de elección, y con el fin de simplificar su técnica idea aparatos como su *Intralaryngealer Rohrenspatel Zweiteilig,* que facilitan grandemente la introducción de los tubos, Pieniazek, en cambio, es partidario de la bronquioscopia traumatodial. Pero ambos maestros han obtenido envidiables resultados con los dos métodos.

El ideal es practicar esta clase de intervenciones por la vía natural; nosotros no hemos encontrado grandes dificultades en la práctica de la tráqueo-bronquioscopia estomatodial en las veces, relativamente numerosas, que la hemos practicado con fin diagnóstico ó terapéutico. Si en el caso actual hemos ejecutado la traumatodial, no ha sido por imposibilidad de realizarlo con la estomatodial, sino porque hecha la traqueotomía para evitar la asfixia inminente provocada por el cloroformo ó por el espasmo laríngeo, suscitado por la ascensión á la glotis del cuerpo extraño (según hemos deducido *a posteriori*), encontramos preferible utilizar ya esta nueva vía.

Aun cuando la tráqueo-bronquioscopia estomatodial alcanza ya el 71 por 100 aproximadamente de éxitos felices, es de esperar que el perfeccionamiento de la técnica haga esta cifra mayor aún.

Sin embargo, la traumatodial tiene indudable oportunidad en los casos siguientes:

*a)* Si existen defectos ó lesiones que impiden practicar la bronquioscopia estomatodial (anquilosis de la mandíbula, rigidez de la columna vertebral, etc.).

*b)* Si los cuerpos extraños son grandes y con aristas que puedan lesionar la laringe.

*c)* Si llevan mucho tiempo en los bronquios y han determinado complicaciones pulmonares graves.

*d)* Si hay gran urgencia operatoria por disnea exagerada.

*e)* Si el cuerpo extraño reside profundamente en el bronquio principal izquierdo ó en alguna de sus colaterales; es sabido que el bronquio izquierdo arranca de la tráquea, formando un ángulo más pronunciado que el derecho.

*f)* Si el operador no tiene suficiente práctica. La bronquioscopia traumatodial es más fácil, porque la iluminación se realiza mejor y la distancia desde el extremo externo del tubo al cuerpo extraño se acorta notablemente, facilitando mucho el manejo de los instrumentos.

En resumen: la tráqueo-bronquioscopia, ya sea estomatodial ó traumatodial, ha logrado la extracción de los cuerpos extraños de los bronquios en el 90 á 95 por 100 de los casos. Pero, por desgracia, es aún extraordinariamente limitado el número de especialistas que la practican. ¿Qué debe hacer un médico general alejado de los centros donde estas exploraciones se efectúan, si tiene la desgracia de asistir á uno de estos enfermos? ¿Debe cruzarse de brazos si el caso es urgente ó si, no siéndolo, no hay posibilidad de llevarle á que lo vea persona perita en la materia? Evidentemente, no.

Según la estadística de Preobraschensky (1), que contiene 160 casos conocidos hasta 1891, vemos que 72 han sido expulsados espontáneamente ó con traqueotomía (45 por 100), y 88 murieron (55 por 100). Según Polk, de 61 casos posteriores á 1891, 47 curaron (77 por 100) y 14 no (22 por 100).

Es decir, que dados los positivos beneficios que pueden esperarse de la traqueotomía, puesto que muchas veces la tos producida al incindir la tráquea bastó para expulsar el cuerpo extraño (2), nosotros no podemos menos de aconsejar esta operación en los citados casos en que no sea posible enviarlo al especialista; que al fin y al cabo, si su resultado fuera negativo, por lo menos se habría conseguido la ventaja de haber abierto la vía para que cualquiera medianamente versado en estas materias pueda llevar á cabo la bronquioscopia traumatodial, operación indudablemente más fácil que la bronquioscopia estomatodial.

Madrid, Diciembre de 1906.

---

(1) V. Eicken: *Die klinische Verwentung der direkten Untersuchungsmetoden der Luftwege und der oberen Speisewege*, pág. 68.

(2) Siendo yo interno del Hospital de San Carlos, el ilustre cirujano mi querido maestro Dr. Ribera logró la expulsión de un hueso de cereza alojado en los bronquios, mediante la traqueotomía; y el Dr. Arredondo, al discutirse esta comunicación, citó otro caso semejante.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## LAS INDICACIONES OPERATORIAS EN LAS APENDICITIS

Por el Dr. J. Ortiz de la Torre
Del Hospital general.

No puede dudarse que desde algún tiempo acá se observan y se tratan entre nosotros más casos de apendicitis. Esto solo bastaría para que no peque de inoportuno hablar una vez más de cuestión tan debatida por todas partes, y sin esto, las recientes controversias que ha despertado Dieulafoy en la Academia de Medicina de París, que han repercutido en los centros científicos de otros países y que traen revueltos en empeñada lucha á médicos y cirujanos por doquiera, deben obligar á que todos los que tengan una experiencia grande ó chica expongan su pensar sobre el asunto.

Que es una cuestión aún oscura y con grandes lagunas para la curiosidad científica esta cuestión de la apendicitis, está demostrado con el hecho solo de existir verdaderos bandos en las opiniones sustentadas respecto á naturaleza, á diagnóstico y á tratamiento. En medicina sólo hay muchas opiniones sobre las cosas hipotéticas: las verdades adquiridas, cuando son tales, se imponen con tal fuerza, que no admiten discusión; pero mientras que es lícito dejar al ánimo inclinarse hacia una solución determinada de un problema, porque los datos adquiridos por la experiencia conduzcan más lógicamente en un sentido, lo que no puede hacerse es sistematizar ciegamente la conducta *a priori*, pretendiendo que todos los problemas estén compuestos de los mismos factores y aplicando á todos la misma solución. Esto ha llevado al tratamiento de la apendicitis grandísima oscuridad, y hasta un tinte empírico impropio de los tiempos, que dió por resultado estos bandos arcaicos de *intervencionistas* y *abstencionistas*.

Analizando el asunto con serenidad, veremos que no hay motivo para que la confusión reine, á propósito de la apendicitis, más que sobre otra enfermedad cualquiera. No nos separemos de la eterna pauta de comenzar por un buen diagnóstico, para seguir luego categorizando los casos en particular, teniendo más presente si cabe en este asunto que en otro alguno el factor *enfermo*, y seguramente se cometerán en el tratamiento menor cantidad de errores que en cualquiera otra enfermedad.

¿Es acaso más difícil el diagnóstico de la apendicitis que el de otras dolencias? En conjunto, seguramente no, pues si bien hay ca-

sos de duda, que no permitan una aseveración terminante, éstos son excepcionales, y en la misma proporción ocurren en todas las enfermedades. Precisamente en la apendicitis hay síntomas que, sin ser patognomónicos, no dejan lugar á dudas cuando concurren: la brusquedad del comienzo; la situación del dolor (con sus secuelas de defensa muscular del recto y del psoas); la elevación, aunque pequeña, de la temperatura, acompañada de frecuencia del pulso; la protesta refleja gastro-intestinal con los vómitos y el estreñimiento, y el empastamiento que circunda la región enferma, componen un cuadro tan típico como puede serlo el genérico de la pneumonía ó de la metritis. Después vendrá el dar su verdadero valor á cada uno de estos síntomas, y éste es un problema de patología general constante en la clínica, y que lo mismo se plantea en la apendicitis que en todos los padecimientos. En los casos enmascarados por la anomalía de síntomas extraños, por la falta de otros característicos ó por el predominio inusitado de alguno de ellos, es en los que se necesita llevar el análisis más lejos y apurar los medios todos de comprobación para hacer el diagnóstico directo y el diferencial. También es esto común á la apendicitis con otros males, de modo que no se encuentran diferencias de procedimiento para llegar á éste, como á los demás diagnósticos.

De lo que no podemos dispensarnos es de recoger todos los datos que puedan esclarecer cada caso; y si esto obliga en los corrientes y vulgares, se eleva á la categoría de precepto terminante en los oscuros ó dudosos. Precisamente hay un carácter en las apendicitis, referente al estado de la sangre, que debiera utilizarse con más constancia de lo que se hace, según creo, porque no tan sólo es de gran utilidad para el diagnóstico, sino que en muchos casos serviría para establecer las indicaciones con bastante más precisión y autoridad que lo hacen otros síntomas.

Nadie ignora que en la apendicitis, como en todo otro conflicto entre los gérmenes parasitarios y los elementos de defensa orgánica del sér atacado, se ponen en circulación en la sangre mayor número de éstos, representados por leucocitos, y que está bastante bien averiguada hoy la relativa proporcionalidad que existe entre el ataque y la defensa. Por otra parte, la toxicidad de los gérmenes se hace efectiva, entre otras cosas, por un cierto grado de perturbación que imprimen en el funcionamiento del glóbulo rojo y que se traduce por alteraciones de la cantidad de hemoglobina de la sangre. Estos dos datos, de cantidad de hemoglobina y de glóbulos blancos, se patentizan en la sangre por un ligero examen, del que no creo debiéramos dispensarnos, tanto por la buena guía que puede proporcionar, como por la sencillez y facilidad de la ejecución. ¿Hay nadie que pretenda hacer un diagnóstico, por ejemplo, de un tífico ó de

un edematoso, que prescinda de analizar la orina? Pues tan fácil, hacedero y luminoso es el examen de la sangre en un sospechado apendicítico.

No pretendo hacer aquí ninguna indicación relativa al *modus faciendi* ni al valor científico de estos exámenes, porque sobre ser ya bien conocidos y acreditados, puede quien quiera conocerlos al detalle encontrar sobrados datos en las Memorias y discusión que sobre este punto se hicieron en el primer Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía de Bruselas en 1905, y en el cual tuve la honra de ser *rapporteur* de esta cuestión. Ya se verá hasta qué punto concedo valor á la leucocitosis y la cifra de la hemoglobina al fundamentar las indicaciones operatorias.

No se puede ocultar que existe un cierto antagonismo, ó digamos discrepancia, entre médicos y cirujanos al tratar de la terapéutica en la apendicitis, diferencia más artificial que efectiva, y que se ha hecho más ruidosa y aparente por la escasa discreción que ha presidido en ciertas discusiones sobre la materia. Unos y otros médicos son; un mismo método analítico emplean todos para sus investigaciones; un mismo sujeto, el enfermo, es el campo de su acción, que necesitan conocer del propio modo estático y dinámico, con sus coeficientes de resistencia ó impotencia, y sólo pueden llegar á diferenciarse en la experiencia sobre la materia terapéutica, distinta en la Medicina y la Cirugía.

Las aparentes discrepancias de apreciación sobre el tratamiento de las apendicitis entre médicos y cirujanos, creo dependan sobre todo de las distintas condiciones y circunstancias en que unos y otros suelen hacer su observación. En el mayor número de casos, los cirujanos sólo ven enfermos de apendicitis que han pasado de los primeros días de enfermedad, pues es natural que el paciente que ha sentido dolor en el vientre y vómitos, acuda á un médico, por creer el afecto de su exclusiva competencia. De aquí se desprende ya que los médicos están más habituados á observar un gran número de ataques de apendicitis desde los primeros instantes, y que entre éstos han visto muchos benignos, de los que desaparecen sin rastro aparente y dejan al enfermo en curación completa, con lo cual su prudencia puede y debe aconsejarles que no hay que ser *intervencionista* rabioso, puesto que sin la intervención quirúrgica casos hay tratados y bien curados. En cambio, los cirujanos son llamados á observar las apendicitis cuando éstas han llegado á estar ya bien constituídas ó cuando se han presentado síntomas que por su intensidad hacen presentir la intervención operatoria: estos casos son, por lo general, los más intensos y más graves; son aquellos que ó supuran, ó hacen perforaciones, ó fraguan exudados peritoneales, bajo cuyas cenizas, en caso de apagamiento,

quedan algunas brasas que se encienden más tarde por el soplo de una recaída. ¿Es de extrañar que en tales condiciones haya muchos cirujanos que sean partidarios de no *abstenerse* nunca?

Es preciso ser *oportunista* en ésta, como en todas las cuestiones médicas, porque esto solo es ser médico completo. El diagnóstico no es sólo de calidad ó de nombre; es también de cantidad ó de intensidad, y se necesita que haya una relación entre la cuantía del mal y la del remedio que ha de aplicarse, del mismo modo que se precisa medir y pesar las resistencias del enfermo para ver si podrá soportar su daño propio y defenderse con sus solos recursos, ó será indispensable ampararle con nuestra intervención, y en qué momento será ésta más oportuna.

Para ir *desembrollando* la cuestión de las indicaciones operatorias en las apendicitis, tal como la ha soliviantado la citada acometida de Dieulafoy á los cirujanos, es conveniente empezar por dejar asentadas las indicaciones *negativas*, es decir, cuándo no debe hacerse la apendicectomía. Afirma el maestro del Hôtel-Dieu que se han operado muchos enfermos que no padecían apendicitis, y dando por cierta tal afirmación, ocurre sólo pensar que desde luego tales intervenciones no estaban bien indicadas, puesto que les faltaba un buen diagnóstico; pero se viene en seguida á las mientes la idea de que la mayor culpa de los abusos (si los hay) de la apendicectomía la ha tenido el propio Dieulafoy, porque sus predicaciones primitivas sobre la apendicitis fueron excesivamente sugestivas hacia las intervenciones operatorias, y tan poco precisas respecto á la oportunidad como al diagnóstico. Bien seguro es que se habrán hecho más *intervencionistas* entre los que estudiaron á Dieulafoy que entre los que hayan leído á Sonnenburg ó á Treves. Estos dos cirujanos, de la experiencia más copiosa en apendicitis, se han mostrado siempre como verdaderos oportunistas, con lo cual está dicho que han hecho preceder un diagnóstico tan preciso como sea posible á la intervención.

En el hecho de haberse encontrado apéndices extirpados quirúrgicamente, y en los que no se han podido comprobar lesiones anatómicas que permitiesen creer que habían estado inflamados, funda Dieulafoy el argumento de que aquellos cirujanos se excedieron en su cometido. Dando de barato que las huellas hemorrágicas y de extravasaciones foliculares halladas en muchos apéndices aparentemente sanos no sean otra cosa que vestigios de las maniobras operatorias, ¿puede negarse en absoluto que existan ataques de apendicitis, que una vez terminados y curados vuelvan al órgano á su *restitutio ad integrum* y no dejen ninguna señal de la perturbación pasada? Esto sucede en otros órganos enfermos que, restituídos á la salud, quedan sin *substratum* anatómico del mal pasado, y pu-

diera esto suceder en el apéndice. En tal caso, podría acaecer que se operase un apéndice tiempo después de pasado un ataque, y no se encontrase la lesión anatómica que dió lugar á los síntomas y que fundamentó la intervención operatoria.

La confusión de la apendicitis con las que llama Dieulafoy *falsas apendicitis* ó tiflo-colitis mucosas, membranosas ó calculosas, no puede negarse que sea posible y hasta fácil, puesto que él mismo, al establecer el diagnóstico diferencial, deja muchas dudas subsistir; pero su aseveración de que nunca la lesión de la mucosa del ciego ó del colon se extiende secundariamente al apéndice engendrando la apendicitis, carece de realidad como de lógica. Siendo el apéndice y el ciego dos órganos contiguos y en comunicación y continuidad de elementos anatómicos, nadie dudará que pueden las lesiones, sobre todo las sépticas, del uno extenderse al vecino; y en cuanto á la coexistencia de colitis mucosas y membranosas y apendicitis, no hay práctico que no las haya observado, y yo en mi modesta experiencia he operado casos en que tal sucedía y en los que la operación, que encontró el apéndice gravemente lesionado, terminó por curar la apendicitis y la colitis. En tales casos, ¿cómo no poner en relación de causa á efecto las dos lesiones concomitantes?

Las réplicas que se han hecho á las declaraciones de Dieulafoy por Reclus, Richelot, Faure y otros muchos contienen este mismo espíritu, y no han dejado bien parado al iniciador del debate.

Aparte de esto, sabido es que desde que la apendicitis se ha hecho tan frecuente y temible, como sucede en Alemania y en América, muchos cirujanos han establecido como precepto terminante extirpar el apéndice aunque esté sano y no haya producido síntomas, siempre que se le tenga á mano al practicar cualquiera otra operación de la cavidad abdominal. Esto, que entre nosotros acaso encuentre cierta repugnancia para ser aceptado sin restricciones, por ser la apendicitis poco frecuente en el país, se comprende muy bien que ni se discuta allí donde tanto se ha generalizado. Puesto que la sección del apéndice sano no añade ningún riesgo á la laparotomía y apenas la prolonga unos minutos, y por otra parte, se está en la idea de que tal órgano no tiene función esencial que desempeñar, parece lícito quitar la ocasión de que sobrevenga una apendicitis. Entre nosotros no me parece que deba exigirse tal rigor profiláctico, á menos de no encontrar un apéndice anormal por la longitud ó por la situación pelviana y en contacto ó adherencia con otros órganos. Así he practicado yo apendicectomía por hallar el apéndice largo en una hernia, y otro con un pegamiento á la vejiga en un caso de quiste ovárico. En una familia en que tres hermanos habían sufrido apendicitis gravísimas he aconsejado la apendicectomía á un cuarto que nunca había presentado síntomas de ella, y en el cual se

encontró un apéndice sano, pero de 12 centímetros de largo. Fuera de estas circunstancias, no es de aconsejar una extirpación sin razón, porque además no creo existe seguridad de que el apéndice sea completamente inútil. Por mi parte, nunca he visto en él los caracteres típicos de un órgano rudimentario y en camino de desaparición, que no se avienen con la existencia del meso-apéndice y de los vasos nutricios tan holgados que le sostienen; cuando los órganos van á desaparecer por desuso ó infunción, antes se empequeñecen los elementos que sirven para su sostén y vida. Los abundantísimos folículos glandulares de que está lleno, y que también son indicio de función, ¿no podrían estar encargados de alguna secreción cuya importancia nos es desconocida?

Pero dejando estas disquisiciones á un lado, vamos á puntualizar las indicaciones operatorias de la apendicitis, objeto primordial de estas líneas. Ya hemos dicho cómo deben derivarse rigurosamente del diagnóstico genérico y del pronóstico ó diagnóstico de cantidad, y ahora veremos cómo se entienden estos términos.

Existen apendicitis, sobre todo en los niños, que presentan todos los síntomas como atenuados ó esbozados y que exigen gran sagacidad clínica para formular el diagnóstico. El dolor suele ser el síntoma más culminante, y su aparición brusca y sin motivo lo más característico. La situación del punto del dolor en el clásico de Mac-Burney y la defensa del músculo recto se perciben bien si se explora con mucha dulzura y atención al enfermito, pues la expresión dolorosa del semblante, bien observada al hacer presiones con la mano que explora, suple á la confesión del niño, que no puede ser tan explícita. La elevación de temperatura es, casi siempre, escasísima, y apenas supone seis ú ocho décimas sobre la normal, acompañada de frecuencia del pulso, síntoma este último de gran valor diagnóstico; como que en él, y en su discrepancia con la temperatura, basan algunos este juicio; en cambio rara vez faltan los vómitos ó el estado nauseoso y el estreñimiento.

El empastamiento de la región se percibe muy difícilmente en tanto que dura el dolor, y no se debe olvidar, cuando persisten los síntomas del estado general y no se encuentra tumoración en la fosa ilíaca derecha, hacer el tacto rectal, que á veces permite percibir el empaste de la región del apéndice y aun la inminencia de formación de un absceso junto al recto ó la vejiga.

Un primer cólico apendicular que cede á los dos ó tres días merced á la administración de un purgante oleoso, la dieta y la aplicación de hielo ó de cataplasmas bien calientes sobre la región, sólo es indicador de continuar la observación del enfermo, sometido á un régimen de gran prudencia en la alimentación y de quietud.

Entonces, desaparecido ya el dolor, se explora con facilidad toda

la fosa ilíaca, y se da cuenta exacta de la permanencia de los exudados ó de su gradual desaparición hasta llegar á la normalidad. Cuando esto sucede, ¿puede tratarse de la extirpación del apéndice, como prevención de un nuevo ataque? Todos hemos observado casos semejantes, en que este primer ataque ha sido el único; y aunque nunca puede asegurarse lo que habrá de suceder, mi opinión se inclina á esperar la aparición de síntomas de repetición para proceder en consonancia. Esto se refiere á los niños; en el adulto puede haber razones que hagan variar nuestra conducta. En primer lugar, en el adulto es más frecuente el ataque de apendicitis más formal; y aun atenuado, hay circunstancias que pueden hacer necesario el consejo de la intervención. Con muy ligeros vestigios de empastamiento que queden en la fosa ilíaca hay para temer una repetición del ataque primero, y entonces el problema debe formularse así: ¿Es preferible esperar un ataque nuevo, que no sabemos cuándo ni dónde se ha de producir, ni la importancia que ha de tener, ó se debe hacer una operación que, practicada en frío y en las condiciones adecuadas de sitio y medios, sólo tiene un riesgo de uno por ciento de mortalidad?

Como se ve, en el planteamiento de este problema el médico presenta los datos, lo cual, hecho con sinceridad y conciencia, es bastante, y deja la resolución final al paciente ó la familia, que decidirán con arreglo á nuestros informes y con arreglo también á multitud de circunstancias privadas que sólo ellos están en situación de apreciar.

Sabido es cuántas variedades ó matices presenta la apendicitis en la práctica, y en cada uno de los casos han de variar las indicaciones. En la forma llamada de apendicitis de repetición ó de recaídas, en la que los ataques de intensidad distinta se repiten con intervalos variables, lo mismo que en la apendicitis llamada crónica, no puede dudarse en intervenir operatoriamente. Sólo queda que escoger el momento oportuno, y creo yo que el más propicio es á los muy pocos días de terminado un ataque. He operado de estas condiciones á un médico que había sufrido más de treinta ataques en dos años, y fué preciso insinuarse, por decirlo así, en el corto espacio que dejaban dos de ellos, para proceder á la apendicectomía. También he observado algún caso de forma que pudiera llamarse sub-intrante, en la que, sin terminarse el apagamiento de un ataque, comenzaba otro nuevo. En el año anterior operé, en semejante condición, á uno de mis alumnos de una apendicitis supurada que presentó encendimientos y apagamientos tan inmediatos, que hacían dudar del momento más oportuno de intervenir; por fin, á las veinticuatro horas de bajar la temperatura á 37° una vez, se hizo la operación con excelente resultado.

Todos los cirujanos y médicos convienen, y las estadísticas lo demuestran, en que la apendicectomía es tanto más grave cuanto más en el ataque se encuentra el enfermo; y, por el contrario, es leve practicada en frío. Por lo tanto, ya se desprende de esta sola condición un fundamento de oportunidad de la indicación operatoria.

Nuestra tendencia ha de ser constantemente á operar en frío.

Pero dado un enfermo con apendicitis, ¿qué guía ha de ser la nuestra para tomar una ú otra determinación?

A mi entender, una vez diagnosticada la apendicitis y la intensidad que presente el ataque á que asistimos, resta averiguar otro factor importantísimo, cual es la cantidad de resistencia que tiene el enfermo para soportar el mal, el tono orgánico con que cuenta para defenderse, y el daño efectivo que el organismo ha sufrido ya por el hecho de la infección.

Mucho confiamos, por lo general, en el análisis de las condiciones orgánicas del sujeto enfermo para categorizar el pronóstico; y así como esperamos siempre mucho de la buena edad, la salud habitual, la constitución vigorosa y los buenos antecedentes de raza para resistir los embates de una infección, todo se teme en los individuos débiles, enfermizos y achacosos. Pero estos caracteres del sujeto distan mucho de ser matemáticos; su conjunto no es siempre apreciable con una observación escasa, y á más falta el dato contrario, es decir, cuánta es la fuerza del enemigo, enfermedad con que se lucha. ¡Quién no habrá echado de menos en su práctica un instrumento ó aparato que nos permitiera pesar ó medir las resistencias del enfermo, semejante á un termómetro que nos da la cifra de la fiebre, ó á un esfigmógrafo, que nos traduce las alteraciones del corazón!

Veamos hasta qué punto el análisis de los síntomas en la apendicitis puede darnos alguna luz para decidir nuestra conducta. No se puede negar que la apreciación del conjunto de un enfermo ó la impresión particular que un caso dado produce, es algo mal definible, pero de positivo valor para el pronóstico. No es que este juicio tenga nada de maravilloso, á la manera que las gentes profanas entendían, y aun entienden, el llamado *ojo clínico;* es sencillamente la expresión de un hábito casi automático que nos va creando la experiencia, depositando en nuestra mente, día tras día, impresiones y juicios análogos, y que va formando como tipos ó cuadros muchas veces reproducidos y comprobados. Así, con una ojeada solemos entender que un sujeto está intensamente infectado, y así caracterizamos una facies de peritoneal ó de nefrítica ó de agónica. Pero en las apendicitis se sufren muchos chascos dejándose llevar de estas impresiones genéricas, y conviene no dejarse alucinar por las apariencias y entrar á exámenes más positivos y concretos.

Existe, por ejemplo, un tipo de apendicitis, afortunadamente poco frecuente, que se inicia por los síntomas ya conocidos, con intensidad mediana: el dolor, la fiebre, los vómitos y la frecuencia del pulso, todo es escaso; en el tercero ó cuarto día se encuentra la orina oscura y escasa, y, analizada, resulta con sangre; los vómitos mismos se hacen hemáticos (el vómito negro), y, sin embargo, el estado local no ha empeorado visiblemente. Cuando se examina la sangre de estos enfermos se halla una cifra baja de hemoglobina (60, 50, 40 centésimas), escasa leucocitosis polinuclear y deformaciones múltiples de los hematíes. El sujeto está profundísimamente infectado por un veneno séptico, sin duda alguna muy sutil y dañino, y á más sus defensas orgánicas son muy deficientes, con lo cual el término suele ser fatal y próximo. En casos tales, no se debe vacilar un punto: dado á conocer con claridad nuestro pronóstico temeroso, se debe intervenir con urgencia. La operación, aunque arriesgada, determinará la extirpación del foco séptico, y, por lo tanto, el término de la absorción séptica; por otra parte, el traumatismo quirúrgico despierta las defensas orgánicas, produciendo de un modo inmediato más leucocitosis, y esto permitirá la más pronta y mejor eliminación del veneno absorbido, y la lucha más favorable para el organismo contra la infección restante.

Hay otros casos que son el verdadero reverso de esta medalla. Se presentan los síntomas todos con tan gran intensidad en ocasiones, que producen una alarma extraordinaria. El dolor suele ser agudísimo y no sólo localizado en la región apendicular, sino con irradiaciones en direcciones varias; la fiebre alcanza los 39 ó 40 grados, con 120 pulsaciones; el empastamiento de la fosa ilíaca es enorme, y los vómitos frecuentes é incoercibles. Este cuadro parece corresponder á una sepsis sobreaguda que ha determinado una supuración peritoneal, y ante tal contingencia se pone á capítulo la indicación operatoria. Siempre, en semejantes casos, hago, ante todo, el examen de la sangre, y de los datos que me suministra deduzco la conducta.

Con el cuadro clínico relatado podemos encontrarnos sujetos en quienes la cifra de la hemoglobina se sostiene en 90, en 80 ó 70 centésimas, con cuatro y medio ó cinco millones de hematíes y de diez á veinte mil leucocitos, en su mayoría polinucleares. Esta fórmula hematológica se traduce así: se trata de un sujeto intensamente infectado, como lo manifiestan los síntomas, de acuerdo con la polinucleosis, en el cual la sepsis no ha hecho aún grandes destrozos, puesto que los trastornos hemolíticos no han sido grandes, y permiten una tara de hemoglobina considerable, añadiéndose que el organismo cuenta con defensas de importancia, representadas por el aumento circulatorio de los leucocitos, sin que las cifras de hasta 20.000 obliguen á pensar en una supuración ya constituída.

Con estos datos puede ya establecerse la indicación formal y urgente de que el ataque de apendicitis, aunque intenso, es bien soportado por el enfermo, y que, por lo tanto, puede instituirse un tratamiento que permita el enfriamiento ó apagamiento de los fenómenos agudos, y dé lugar á una apendicectomía en frío, profiláctica de los accesos venideros, tan de temer con uno inicial de gran consideración.

Pero cuando adquiere aún mayor valor este examen es (como en toda observación clínica) cuando se continúa su serie. Entonces, y sin prescindir nunca de los síntomas restantes, nos tiene al tanto de las oscilaciones y variaciones que la enfermedad imprime á la composición sanguínea, y puede evitarnos sorpresas desagradables. En las condiciones del caso antes referido, un aumento importante de los leucocitos hasta veinticinco, treinta, cuarenta mil ó más, sería indicador de que la supuración del foco se establecía, para obrar en consonancia, favoreciendo las adherencias peritoneales con el reposo absoluto, y proceder más tarde á su abertura. La aparición de los leucocitos eosinófilos en proporción del 4 ó más por 100 es una indicación pronóstica de resolución próxima y favorable, que casi siempre se observa, y, según se deduce de mis investigaciones personales en esta materia, cuando una infección ha sido dominada, todos los glóbulos blancos que tienen protoplasma granuloso se dejan teñir más intensamente por la eosina, de modo que las granulaciones protoplasmáticas se perciban más claras y manifiestas. Este hecho, que yo había comenzado á observar hace más de dos años, fué señalado por primera vez por mí al citado Congreso de Bruselas, y desde entonces lo he corroborado en muchas ocasiones. Un año después he leído la misma observación hecha por un investigador en Francia y otro en Italia.

Hay otras ocasiones en que con un síndrome clínico análogo al anterior, y que representa siempre un ataque serio de apendicitis, la fórmula hematológica puede ser de rebajamiento de la hemoglobina hasta 50 centésimas, y leucocitosis de veinticinco á treinta mil en adelante, lo cual, con dolor muy intenso y lancinante, no deja lugar á dudas sobre la supuración del apéndice desde el principio y grave infección del sujeto, circunstancias que obligarían á operar de urgencia, aun sabiendo que se hace en las peores condiciones para el éxito, puesto que operar entonces no conduce al enquistamiento del pus por las adherencias peritoneales, sino á la difusión rápida de la infección á toda la serosa. En este concepto suelen ser siempre más graves los ataques iniciales de apendicitis, cuando llegan con violencia, que los siguientes, pues en éstos las inflamaciones anteriores han comenzado á fabricar barreras adhesivas que aíslan el foco apendicular, y que más bien se refuerzan á cada acceso por

los exudados, que se estratifican y forman pared alrededor del pus. Así se explica la relativa inocuidad de las perforaciones del apéndice, y aun su total destrucción, fraguadas y confinadas en una cavidad que los ataques anteriores han ido estableciendo.

No creo necesario insistir en que no debe darse al examen de la sangre, como á ningún otro dato aislado, más valor que el que tiene en la realidad, lo cual no es poco. La importancia diagnóstica y pronóstica está en el conjunto de los síntomas, pues ninguno hay patognomónico; pero llamo la atención acerca de la significación que las fórmulas hematológicas tienen en la apendicitis, más que para el diagnóstico, para la indicación de la oportunidad operaratoria.

Por lo demás, á ningún síntoma por sí solo puede concedérsele la supremacía de bastar para establecer juicio definitivo, y en este concepto me han parecido siempre temerarias las afirmaciones de los que sacan las indicaciones de intervenir de la intensidad del dolor, como Krecke y Gebele, lo mismo que los que fían todo el diagnóstico al reconocimiento de la fosa ilíaca ó á la disparidad del pulso y la temperatura. Creo firmemente que son estas exageraciones exclusivistas, de las que está llena la literatura de la apendicitis, las que más han contribuído á oscurecer el asunto, y á que hoy los cirujanos que empiezan no encuentran partido que tomar, ni sobrevenga un acuerdo entre cirujanos y médicos.

Al tratar de las indicaciones de la apendicectomía en frío, es donde más diferencias de criterio se encuentran en los autores. Conviene recordar, antes de fijar el nuestro, la influencia que en este juicio tiene que imprimir la circunstancia de ejercer la Medicina en países donde la apendicitis es frecuentísima, ó en otros, como el nuestro, donde es muy escasa. Donde se encuentran cirujanos que cuentan los casos por miles se comprende la enorme cantidad de enfermos que padecerán el mal y la gran experiencia que habrán llegado á adquirir sobre la materia. No es, sin embargo, esta experiencia muy unánime, puesto que en la Sociedad de Medicina berlinesa, en las reuniones de Julio pasado, en que Bergmann puso este asunto á discusión, se manifestaron criterios muy distintos por cirujanos de gran renombre, como Heubner, Israel, Kraus, Rotter y Olshausen, y aun Beck, de Nueva York, que asistió á las sesiones. Resultan, sin embargo, muy en mayoría los prácticos que se deciden á operar en frío á todo sujeto que ha padecido una vez la apendicitis, como lo prueba que Beck se felicitaba en la reunión citada de escuchar á los cirujanos alemanes coincidir con la doctrina más repartida en América, y que se resume en un proverbio americano: *Once appendicitis, always appendicitis*; donde una vez hubo apendicitis, siempre la habrá. Esta opinión, respetabilísima por su pro-

cedencia, no coincide exactamente con nuestras observaciones, puesto que hemos visto casos varios de un ataque único y bien caracterizado de apendicitis que ha dejado como huellas un empastamiento ilíaco bien manifiesto durante uno y dos meses, y que ha terminado al cabo por desaparecer, sin que en cuatro años después se haya repetido. Esto debe estimarse como una curación completa. Estas mismas observaciones se han hecho en otras partes, puesto que Israel, entre otros, habla de un plazo de tres meses después de pasado un ataque para examinar si quedan vestigios y decidirse á intervenir en frío.

Verdad es que Israel, uno de los cirujanos más sensatos de Europa, no es un intervencionista ciego, sino que hace muchos grupos de los casos, y en unos opera y en otros no. Su disertación en la sesión del 25 de Julio último en la Sociedad de Medicina de Berlín es modelo de discreción y sentido clínico al tratar este asunto. Y ésta es, en realidad, la doctrina que parece más lógica, puesto que se adapta á los principios generales de la medicina, y, desde luego, la más frecuentemente seguida entre nosotros. Si hubiera una fatalidad absoluta en que todo ataque de apendicis fuera necesariamente seguido á mayor ó menor distancia de otro, cuya importancia no sabemos cuál será, no se podría dudar un punto en aconsejar la operación en frío á todo paciente de una vez; pero son muchos los clínicos que convienen en que un ataque, sobre todo de pequeña ó mediana intensidad, puede curar radical y espontáneamente, y nuestra práctica con esto concuerda. Ahora bien, esta abstención operatoria tiene su límite natural en las circunstancias especiales de algunos casos. Desde luego, cuando pasados tres ó más meses de un primer ataque permanece un empastamiento en la región, señal es de que el proceso algo ha dejado de permanente de sus productos inflamatorios, y es sabido que, aun cuando sólo sean cenizas, vuelven á encenderse con facilidad; en tal caso no dudo en aconsejar la operación en frío.

Lo mismo puede decirse cuando el enfermo queda con molestias, aun ligeras, como el dolor á la presión, trastornos intestinales ó gástricos reflejos, semejantes á los que antes padeciera, ó la continuidad de las colitis de cualquier género, que, diga lo que quiera Dieulafoy, pueden ser origen de contaminación apendicular.

Otra circunstancia hay que me parece digna de atención: un sujeto padece un primer ataque de apendicitis de forma hipertóxica ó, en general, muy grave, y que llega á comprometer seriamente la vida; pero sale de este ataque, y se obtiene una curación con todos los caracteres de completa por no encontrarse vestigios del mal pasado después de meses; en condiciones semejantes no se vacilará en aconsejar la apendicectomía en frío, pues la remota duda de re-

caída (y nunca podemos asegurar que no sobrevenga) tiene que pesar en el ánimo para no comprometer la vida del paciente en un ataque nuevo en que acaso no tenga la fortuna que en el inicial.

Algunas condiciones sociales también deben pesar en la balanza de las indicaciones operatorias. En las personas jóvenes y en plena actividad, sobre todo de este tipo de actividad moderna, caracterizada por la movilización muy frecuente en viajes, de negocios ó de recreo, ó en ejercicios físicos intensos; la contingencia de poder ser sorprendido por un ataque de apendicitis (cuando ya ha sufrido el primero) fuera de su hogar, en sitios donde acaso no podrá ser bien socorrido, ó la idea de que su propio género de vida, con cambios ó excesos en la alimentación y falta de régimen, pueden acarrear tal percance, son motivos para pensar en la conveniencia de la operación profiláctica.

Para dar verdadera fuerza y cierto carácter positivo á nuestro consejo de operación de apendicitis, sería muy conveniente poder presentar datos numéricos indiscutibles, con estadísticas verdaderas y desapasionadas que reflejasen la realidad; pero esto no es posible, y no por falta de datos, pues la inusitada frecuencia de la apendicitis en los Estados Unidos, en Inglaterra, en Alemania y aun en Francia, tienen llenas las publicaciones de millares de observaciones y de resultados obtenidos por unos y otros. Me parece, sin embargo, insensato sumar factores que no son perfectamente homogéneos, cuando se pretende hacer matemáticas, y no conviene en Medicina disfrazar á la conjetura de número. Resplandece con toda evidencia lo que ya hemos dicho anteriormente: que la operación en *caliente*, durante el ataque, es infinitamente más grave que la practicada en frío. Pero aun esto tiene atenuación, porque son muchos los que, decididos á intervenir en todos los casos de apendicitis por el hecho de ser tal, prefieren operar en las primeras cuarenta y ocho horas, asegurando resultados más beneficiosos. No creo puede generalizarse esta afirmación, porque la diversidad de los casos que ya hemos examinado no se adapta á estos preceptos generales y absolutos; pero además de todo, la perentoriedad del plazo le hará, en la mayoría de las ocasiones, inaccesible. Los partidarios de esta operación muy precoz exigen, naturalmente, que los médicos les envíen los casos con un diagnóstico bien hecho y á las pocas horas de comenzado el mal; á cualquiera se le ocurren las múltiples dificultades con que se tropieza en la práctica para tal ideal. En España no creo se encuentren gentes que se dejen abrir el vientre á las veinticuatro horas de sentir dolor en él, cosa muy puesta en razón por la tantas veces citada infrecuencia de la apendicitis.

La misma benignidad de la apendicectomía en frío no es susceptible de que se le asigne una cifra precisa. Así como los casos y los

sujetos son de condición distinta, las circunstancias de medio donde se realiza la operación y las mismas del cirujano que haya de practicarla, ¿no pueden hacer variar en mucho los resultados? En nuestros hospitales, desatendidos hasta un grado inconfesable de los medios exigibles por la cirugía actual para garantizar el *primum non nocere*, no pueden obtenerse los mismos éxitos operatorios que allí donde no se ahorra lo necesario para salvar la vida del enfermo. La cifra, pues, de uno por ciento de mortalidad, asignada á la operación en frío, debe estimarse tan genérica como es, y pronosticar en cada caso, con menos causas de error, con arreglo á las variadas contingencias de los mismos y de lo que les rodea.

Hay, además, en la operación de la apendicitis complicaciones, próximas y tardías, que deben tenerse en cuenta, tanto para no ser sorprendidos cuando llegan, como para medir la oportunidad de la indicación operatoria. Sin hablar de la infección peritoneal generalizada, que ya se comprende es el escollo principal é inmediato que hay que salvar, pueden resultar bridas que produzcan una oclusión intestinal, perforaciones del ciego que determinen fístulas estercoráceas rebeldes, abscesos secundarios, flebitis y trombosis, que con las pleuresías y pneumonías post-operatorias, hay que sumar á los riesgos que puede correr un operado. F. Treves, con la gran autoridad de mil casos por él operados de apendicitis, presentó á la Royal Medical and Chirurgical Society 147 casos que tuvieron estas complicaciones diversas, y de las mismas habla Sonnenburg. Otra complicación atendible, aunque no sea mortal, es la eventración ó hernia por la línea de abertura del vientre. La perfección en la técnica y los cuidados consecutivos pueden hacer mucho para disminuir esta probabilidad.

---

## LA HIPEREMIA ACTIVA COMO MEDIO DE TRATAMIENTO EN LAS LESIONES ARTICULARES

Por el Dr. Decref

El profesor Augusto Bier, de la Universidad de Bonn, publicó sus primeros trabajos sobre el valor terapéutico de la hiperemia en el año 1892, y desde entonces han llamado la atención de todos los cirujanos.

En el Congreso Internacional de Cirugía, celebrado en Bruselas en Septiembre de 1905, leyó su comunicación sobre el tratamiento de las artritis tuberculosas por la hiperemia, y en el Congreso anual de cirujanos alemanes, celebrado en Abril de 1906 en Berlín, las estadísticas de muchos cirujanos han puesto de manifiesto el valor práctico del método de Bier en las infecciones agudas.

Sabido es que Andral dió el nombre de hiperemia al acúmulo de sangre excesivo en cualquier parte del organismo.

En la obra *Hyperämie als heilmitel*, Bier parte de la base de que la hiperemia es un fenómeno que utiliza la naturaleza siempre que se trata de resolver el problema de crecimiento ó regeneración.

Bajo el punto de vista fisiológico, todo órgano que trabaja se congestiona; bajo el punto de vista patológico, la hiperemia es el agente más activo de lucha contra la infección. La reacción del organismo para defenderse de un foco morboso es rodearle de un aflujo considerable de sangre.

Bier, con su procedimiento, no hace más que ayudar á la naturaleza sosteniendo ó aumentando esos medios de defensa, demostrándolo con investigaciones y razonamientos tan curiosos, que esto por sí solo haría de su obra uno de los libros más interesantes que se han publicado, si además no encerrara el desarrollo de un problema que, á mi juicio, ha de modificar profundamente el tratamiento de una porción de afecciones quirúrgicas.

Los procedimientos que nos ocupan pueden actuar de dos maneras para producir el acúmulo de sangre en una región dada: ó acelerando la circulación arterial ó disminuyendo la velocidad de la corriente sanguínea venosa; y aunque en los dos casos existe hiperemia, en el primero es arterial ó activa, en el segundo es venosa ó pasiva. La manera de obrar es diferente, según sea una ú otra la que se emplee. Estas hiperemias son producidas por el profesor de Bonn de tres maneras: por el aire caliente, por la venda elástica y por las ventosas. Los dos últimos medios son, por su sencillez, más ó menos conocidos, porque los elementos de que se ha de disponer están al alcance de todo el mundo, y además que, por sus múltiples aplicaciones, no hay revista de cirugía que hoy no comente alguna estadística de sus ventajas é inconvenientes como terapéutica de las infecciones agudas ó de las artritis tuberculosas. De esto no me he de ocupar hoy. Pero en cambio las aplicaciones del aire caliente, por ser indispensable poseer aparatos especiales y saber manejarlos, en España son muy desconocidas, y no recuerdo haber leído nada en español que hablara sobre este particular.

La circunstancia de tener yo que ver muchas lesiones articulares, tanto de origen traumático como reumático, dolorosas, con anquilosis y en cuyo tratamiento se emplea con tanto éxito mi procedimiento de amasamiento húmedo (con vapor á presión), si bien con el inconveniente de que dichos tratamientos son muy largos, me ha hecho seguir con gran interés cuanto en Francia, en Alemania y Estados Unidos se publicaba sobre este particular, y muy especialmente lo relacionado con el procedimiento del aire caliente del doctor Bier.

Así, pues, bajo las indicaciones de este notable cirujano alemán, y según sus consejos, construí las cámaras siguiendo detalladamente las instrucciones que en su obra da, consiguiendo que aquí se hicieran, y de esta manera pude empezar mis ensayos, alcanzando excelentes resultados, tan buenos como los que consigo con las cámaras construídas por Eschbaum en Alemania; más aún, la práctica me ha hecho introducir modificaciones que creo son ventajosas, como luego veremos.

He conseguido, pues, con este procedimiento, combinado con el mío de «masaje húmedo», acelerar la curación en las lesiones antes citadas, y en algún caso alcanzado éxitos que hasta ahora en España nos habían estado vedados.

Referir esto será el objeto principal de mi trabajo.

*Cómo se produce mejor la hiperemia activa.* — Bier, después de estudiar que el calor es el medio más práctico de producir la hiperemia activa é indagar la producida por los medios hasta hoy en uso (calor radiante, cauterios, cataplasmas, arena caliente, agua caliente, etc., etc.), se decide por el aire caliente, porque éste permite elevar el calor á los grados más altos de tolerancia, y, por consecuencia, produce al mismo tiempo los más altos grados de hiperemia, pues siendo el aire mal conductor del calor, y permitiendo la evaporación del sudor mejor que en cualquier otro medio, que es lo que protege, en unión de la hiperemia activa, los tejidos de las altas temperaturas, explica cómo se toleran en regiones del cuerpo colocadas en ciertas condiciones 140 y 150 grados centígrados, sin molestias de ningún género.

En estos últimos tiempos se ha empleado mucho el aire caliente como medio de curación, pero no se ha estudiado bien su efecto hiperémico, ó se ha interpretado equivocadamente su manera de obrar.

Así se explica que en el Congreso de Medicina Interna de 1897 se hablara del tratamiento del reumatismo articular crónico y no se mencionara para nada la hiperemia producida por el calor con tal objeto, á pesar de que Bier mucho antes había llamado la atención sobre este punto.

En ese mismo Congreso, celebrado al siguiente año, presentó Tallerman un aparato para tratamiento por el aire caliente, y Mendelsohn explicaba sus efectos de una manera completamente contraria á la que el profesor de Bonn había ya explicado, pues achacaba su acción á su poder descongestionante.

Esto se debía á que entonces dominaban las ideas de Franck, el cual, en su trabajo sobre la revulsión, decía que todos los medios que provocaban ésta, incluso el calor, obraban descongestionando las partes profundas y congestionando las superficiales por acción refleja.

Bier ha hecho numerosas experiencias, demostrando que, cuando

una parte del cuerpo se congestiona por el calor, se verifica la hiperemia por igual en las partes profundas y superficiales, sin que para ello intervenga en nada el sistema nervioso.

Entre estas experiencias, elegiremos dos de las más demostrativas. Klapp, ayudante de Bier, colocaba el vientre de un perro en un aparato de aire caliente, donde permanecía largo tiempo á una alta temperatura. Sacaba después al animal del aparato y le abría inmediatamente el abdomen, encontrando por igual hiperemiadas las paredes del vientre, la serosa, intestinos y centros tendinosos del diafragma.

Para demostrar que sólo la aceleración de la circulación es la causa de la hiperemia de una parte del cuerpo sometida al calor, y que para nada influye en este fenómeno la acción refleja, Bier secciona en la pata de un perro todos los tejidos, incluso los nervios, dejando el miembro sólo unido al resto del cuerpo por el hueso y los dos vasos principales. Colocada la pata en un aparato de aire caliente, se observa que el grado de hiperemia es exactamente igual en la pata operada que en la sana, colocada en las mismas condiciones, viéndose, además, que sólo la aceleración de la circulación evita la producción de quemadura.

Como experiencia concluyente para demostrar la activa circulación que determina la aplicación local del calor, se narcotiza un perro y se somete una de sus patas traseras á la acción de un baño de aire caliente; la vena femoral, previamente preparada, se abre, y se ve salir la sangre con vivas pulsaciones, como si se tratara de una arteria.

Otra infinidad de experiencias hace Bier interesantísimas, que demuestran su bien fundada opinión acerca del punto que nos ocupa; pero no dejaremos de mencionar los efectos distintos producidos por los diferentes grados de calor, y para cuyas conclusiones han contribuído también los trabajos de Rautemberg y Hoffheins, y que son los siguientes: 1.° La secreción del sudor y activa hiperemia, como efectos de las aplicaciones del calor local, tienen una temperatura máxima. 2.° Para la secreción del sudor, se coloca esta temperatura entre 50 y 60 grados. Con temperaturas más altas (80 grados y más) se disminuye la secreción del sudor, y no es mayor que la que se produce con 40 grados. Si la temperatura sigue subiendo, desaparece la secreción por cansancio de las glándulas.

La hiperemia activa se presenta bajo las temperaturas de 80 á 120 grados.

El límite de tolerancia varía según las condiciones especiales de susceptibilidad individual para el calor.

El efecto terapéutico producido por este medio en las lesiones articulares se debe, pues, á la hiperemia activa.

Hace años que en las memorias presentadas por mí á los Congresos Hispano-Portugués de Cirugía (Madrid, 1898) (1) y XIII Internacional de Medicina (París, 1901), en las cuales trataba de mi procedimiento de «amasamiento húmedo» (por vapor á presión), explicaba los grandes éxitos que con este método se obtenían por la aceleración de la corriente sanguínea, pues el chorro de vapor, actuando sobre la región que al mismo tiempo era sometida al amasamiento, producía esa actividad circulatoria propicia para disolver exudados organizados y aumentar su reabsorción extraordinariamente.

Comparaba yo los efectos mecánicos que mi método producía á lo que ocurriría en una bomba si se aumentaba la fuerza del émbolo (massage) y se ensanchaba el cuerpo del aparato (calor); el aflujo de líquido sería aumentado, y su velocidad mucho mayor.

No es de extrañar, pues, que al ver confirmadas por los interesantes trabajos de Bier mis opiniones de entonces, haya combinado los dos métodos obteniendo los resultados apetecidos, por la misma causa que el profesor de Bonn se ha interesado por mis trabajos, y desee emplear mi método con el mismo objeto, compensándose los dos, pues si bien es verdad que el aire caliente á tan altas temperaturas produce una mayor solución de elementos que impiden el funcionamiento normal de una articulación, el amasamiento con vapor, sin que le falte esta beneficiosa acción, aumenta considerablemente el poder de reabsorción.

Así, pues, en todas aquellas lesiones articulares cuyo estado inflamatorio de origen traumático, reumático ó infeccioso deja como rastro la organización de exudados produciendo anquilosis más ó menos completas y deformes de articulaciones más ó menos dolorosas, estos medios son los únicos que pueden mejorar ó hacer desaparecer por completo tan graves molestias, devolviéndoles su integridad funcional. Claro es que del número de las artritis infecciosas hay que eliminar las de origen tuberculoso, cuyo tratamiento especial por la hiperemia pasiva ó por otros procedimientos no es ahora del caso.

Es, pues, de excelentes resultados el método mixto en las anquilosis dolorosas propias de artritis crónicas reumáticas, aunque aquí, como en las agudas, el efecto del vapor trementinado de mi procedimiento tiene acción más directa y eficaz por el amasamiento, estando bien hecho.

También lo es en los reumatismos nudosos y deformantes, en la

(1) Nuevo método de amasamiento empleado como agente terapéutico y como medio de diagnóstico. Dr. Decref. Madrid, 1898.

espondilosis rizomélica y en las lesiones consecutivas á traumáticas artritis.

Pero donde la acción del aire caliente me ha demostrado la supremacía de su acción sobre todos los demás medios es en las artritis blenorrágicas.

Los enfermos que yo suelo ver casi todos han pasado ya al período subagudo y empleado cuantos procedimientos se han ideado para su curación; vienen en un estado tal de susceptibilidad, que á cualquier imprudencia, ó sencillamente al menor intento de movilidad, se agudizan, y muchas veces sólo con reposo absoluto se lograba evitar estos graves inconvenientes, perdiéndose así en muchos de ellos la oportunidad de poder intervenir á tiempo para evitar una anquilosis, que luego se hace en la mayor parte de ellos irremediable por el temor á nuevas agudizaciones.

Ni mi procedimiento ni ninguno conocido servían para nada, sobre todo si las articulaciones afectas eran las del tarso ó carpo.

Pero si estas lesiones se someten, por espacio de quince ó veinte días, aun siendo muy graves, á la acción de un baño de aire caliente de 110 á 130 grados centígrados diario (según su tolerancia individual), de una hora de duración, se verá que desde las primeras aplicaciones la inflamación desciende con rapidez, el dolor desaparece, los movimientos se hacen posibles y consienten después de una sesión de masaje con vapor ser forzados y cultivados por los aparatos, sin temor á que las múltiples artritis se reproduzcan; sin dolor y como si se tratara de una sencilla lesión no infecciosa, se la ve caminar rápidamente á la completa restitución de todos sus movimientos. Hay que tener en cuenta que la acción hiperémica se sostiene hasta una hora ó más después de terminado el baño, lo mismo exactamente que ocurre con mi procedimiento, y que cuando se alternan estos dos útiles medios terapéuticos debe empezarse á utilizar el amasamiento húmedo cuando ya termina la acción del aire caliente, y así no solamente se deja obrar á los dos con independencia, si no que su común y complementaria acción se hace más duradera.

Otra enfermedad en la cual el baño de aire caliente combinado con el amasamiento húmedo es de un valor inestimable es en la llamada de Raynaud.

Después que por medio de la electricidad se ha conseguido cicatrizar las grietas y ulceraciones y la integridad de la piel está asegurada, queda ese estado cadavérico en las extremidades, efecto de la falta de actividad circulatoria con esa sensación de frío doloroso que imposibilita las manos ó los pies del enfermo que padece estas lesiones. Existe además una gran tendencia á la recidiva por el menor roce ó exposición al frío. Entonces es cuando los procedi-

mientos que nos ocupan son de un éxito sorprendente, pues restituyen la piel rápidamente al estado normal y los efectos de la electricidad son mucho más eficaces sobre la neurosis vaso-motriz que la origina.

Respecto á la técnica que hay que emplear para hacer una buena aplicación del aire caliente, sólo la práctica puede darla.

Los aparatos que mejor resultado han dado son los más sencillos ideados por Bier, pues ni aun los hornos eléctricos ideados por norteamericanos y franceses han logrado llenar el objeto como aquéllos. Las cajas de Bier son de madera, donde las articulaciones quedan completamente encerradas y ajustadas por algodón incombustible que expresamente fabrica Eschbaum para este objeto; y esto es tan esencial, que si la menor cantidad de aire se escapa y se pone en contacto con la piel de una región que no esté hiperemiada, la quemadura es inmediata. Cada caja tiene una ó dos entradas para el aire caliente, que producen ó bien mecheros de gas ó de alcohol, que es conducido por chimeneas hasta el interior, hacia la parte inferior de la cámara.

Un ventilador enclavado en la pared superior establece la corriente constante de aire caliente, y bien por medio de una llave ó por un sencillo mecanismo en las de alcohol que permite calentar más ó menos el aire introducido, se gradúa perfectamente, con objeto de tener la temperatura deseada de una manera constante, y que durante toda la sesión marca un termómetro.

Las cajas deben ser de maderas que no tengan resina, pues la fusión de ésta podría con seguridad quemar al enfermo, y han de ser hechas por lo general á la medida, pues no es posible adaptarlas tan exactamente como es necesario, dados los distintos grosores de los miembros y las distintas posiciones de las articulaciones.

Las modificaciones que yo he introducido han sido: 1.°, hacerlas de paredes más gruesas que las de Bier, pues las pérdidas de calor son menores; 2.°, todas son construídas de manera que se separen por completo la mitad superior de la inferior, y de esta forma la colocación de los miembros dolorosos es mucho más cómoda y, como es natural, los cierres han tenido que modificarse; y 3.°, las defensas interiores, para que el aire caliente no se dirija directamente al miembro y se reparta mejor en el interior, yo las dispongo de otra manera en vista de que las de Bier se doblaban y modificaban las condiciones del aparato al poco tiempo de usarlas.

Pero estas modificaciones que la práctica me ha sugerido no tienden en nada á modificar lo esencial del aparato de Bier, que por otra parte es de lo más sencillo é ingenioso, y que son detalles que el mismo autor modifica en presencia de casos determinados.

# CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

**Conferencia pronunciada en el Hospital de la Princesa**

POR EL DR. E. FERNÁNDEZ SANZ
**Médico numerario del mismo, por oposición.**

Señores: En estos tiempos de realismo á ultranza acaso pudiera tildarse de sobrado *metafísico* el tema de esta conferencia: la clasificación evoca la idea de formación de grupos esquemáticos, dispuestos según una artificiosa simetría que, adulterando la realidad, pretende vaciarla en los mezquinos moldes de nuestros vanos sistemas y de nuestras pobres hipótesis; las clasificaciones son el tormento de nuestros años estudiantiles, el torcedor de nuestra memoria, puestas al comienzo de las obras de texto, aparentemente con el objeto de hacérnoslas odiosas. Ciertamente que sólo censuras merece este afán escolástico de clasificar caprichosamente, sin más fundamento en la mayoría de los casos que el prurito de originalidad del clasificador; pero la clasificación natural, la que metódicamente estudia todos los aspectos de los objetos de la ciencia para ordenarlos según sus afinidades reales, esa clasificación es indispensable en toda disciplina científica realmente digna de este nombre. Es innegable que toda clasificación ha de contener algunos elementos metafísicos; pero esto es de todo punto inevitable, dada la actual constitución de la ciencia en general, y muy especialmente de la psiquiatría. En su originalísima obra titulada *Metaphisik in der Psychiatrie*, censura muy ingeniosamente Kronthal el cúmulo de conceptos metafísicos que pululan en las obras que más positivistas parecen, como las de Kraepelin y de Ziehen; pero á su vez el severo crítico incurre en el mismo defecto que censura, razonando muy brillantemente, pero muy *metafísicamente*. Prueba esto que por ahora es imposible extirpar radicalmente los conceptos metafísicos de la psiquiatría, siquiera se tienda á reducirlos á su mínima expresión, sustituyéndolos en cuanto se pueda por los datos experimentales. Demostrado que no debe rechazarse una clasificación psiquiátrica porque tenga algo de metafísica, fácil me será probar que sus ventajas prácticas son considerables, pues el estudio de los intrincados fenómenos morbosos de la mente sería imposible sin una metódica ordenación de los mismos; así lo demuestra el hecho de que la perfección de las clasificaciones psiquiátricas ha guardado paralelismo con el progreso de la ciencia, pudiéndose juzgar del grado de adelanto de ésta en cada época por el mérito de las clasificaciones en ella dominantes.

La evolución de la psiquiatría no es, bajo este concepto, más que

un caso particular del desenvolvimiento de las ciencias, pues en todas ellas las clasificaciones más perfectas, las que más persistente huella han dejado marcan gloriosas etapas de su historia; ejemplos evidentes de ello tenemos en la Historia natural (Linneo, De Candalle, Cuvier) y en la Química (Berzelius, Mendelejeff).

La historia de las clasificaciones psiquiátricas es, pues, la historia de la psiquiatría misma, esa historia tan breve como brillante que es uno de los más puros timbres de gloria del espíritu moderno, del espíritu de libertad y de progreso que en unos cuantos años de discusión amplia y de crítica abierta ha pulverizado la monstruosa montaña de crueldad y de barbarie levantada durante siglos por la superstición, la ignorancia y el fanatismo.

Es inútil buscar en la antigüedad greco-romana un esbozo de clasificación psiquiátrica. Aquellos sagaces observadores, clínicos peritísimos dentro de sus limitados medios de observación, nos han dejado valiosas descripciones parcelarias; pero carecían del caudal de conocimientos necesarios para elevarse á un concepto sintético de los mismos. En los escritos hipocráticos se mencionan la epilepsia, la manía, la melancolía, algunas de las formas de alcoholismo, y muy especialmente la frenitis, que parece corresponder al delirio agudo actual. Las tentativas de explicación patogénica nos parecen hoy pueriles, pero es curioso observar que en el fondo se reducen á un proceso que hoy goza de gran boga: el de la autointoxicación; así la melancolía se creía producida por el humor pituitoso, la manía por la bilis, y la frenitis se suponía debida á la sangre calentada por su mezcla con la bilis.

Un concepto de inmensa trascendencia, germen del futuro desarrollo de la psiquiatría, que tantos siglos había de tardar en realizarse, se encuentra en las obras de Hipócrates: el concepto de que los trastornos mentales son debidos á alteraciones del cerebro; así en la aurora de la evolución científica, Hipócrates, frente al misticismo dominante que suponía á la locura de origen divino, afirmaba su fundamento somático y la equiparaba con las enfermedades corpóreas determinadas por las perturbaciones de los órganos y de las funciones de éstos. Pero la humanidad aun no estaba en sazón para aceptar la genial concepción de Hipócrates, que permaneció infecunda hasta la época contemporánea.

Areteo de Capadocia, en los comienzos de la Era cristiana, escribió admirables descripciones de algunas formas de alienación mental, en las cuales no se limitó á pintar los caracteres exteriores, sino que esbozó el análisis de los trastornos psíquicos, fijándose en la tenacidad con que el melancólico se adhiere á una sola idea, en la exaltación y flujo de ideas del maníaco y en la posible alternancia de los estados de excitación y de depresión.

Con tales datos experimentales acumulados hubiera sido tal vez fructuosa una tentativa de clasificación de las psicopatías, si no se hubiera, por desgracia, desviado el rumbo del espíritu humano, apartándose de la observación de los hechos y entregándose á la especulación pura.

La Edad Media es la época negra de la historia de la psiquiatría; en esos siglos de misticismo exaltado, de superstición ignara, de miseria, de hambres y de guerras interminables, las enfermedades mentales provocadas por esa abundancia de agentes etiológicos fueron extraordinariamente frecuentes; pero los médicos, ocupados exclusivamente en comentar á Galeno y demás autores de la antigüedad, no se ocupaban de ellas. La historia de la psiquiatría medioeval, riquísima en hechos interesantes, debe estudiarse en los archivos judiciales, en los procesos por brujería, en las obras de los demonólogos, pues los médicos se juzgaban incompetentes para tratar de esas afecciones, atribuídas al castigo divino ó á la posesión del demonio. En armonía con estas preocupaciones, la suerte de los alienados era en extremo lastimosa: condenados unos como brujos ó herejes, encadenados otros como bestias feroces en lóbregos calabozos, sometidos todos á horribles tormentos corporales.

En 1389 se instituyó en Florencia el primer asilo destinado á la custodia de los locos, y en 1403 se estableció el de Bethlem, en Inglaterra; pero no por esto mejoró la condición de los dementes, pues si la sociedad procuraba evitar los peligros de los locos sueltos, no se preocupaba de poner el debido remedio á su dolencia.

Este período de bárbaro atraso se prolongó de un modo increíble hasta muy entrada la Edad Moderna, pues el vigoroso impulso impreso al progreso humano por los filósofos, los sabios y los artistas del siglo XVI, tardó cerca de tres siglos en llegar á la esfera de la psiquiatría.

Sin embargo, ya en el mismo siglo XVI comienzan á hacerse algunas tentativas de estudio experimental de las enfermedades mentales. A esta época pertenece Félix Plater, de Bale, que ha dejado observaciones muy exactas y minuciosas, no sólo de la manía, de la melancolía y de la frenitis, sino también de la locura impulsiva, del delirio de los perseguidos-perseguidores, de la locura de dos, llegando á esbozar un conato de clasificación de las formas de alienación mental, basada en los caracteres puramente sintomáticos.

En los comienzos del siglo XVII, Pablo Zacchias, protomédico del Papa, combate enérgicamente la supersticiosa creencia de que los locos eran poseídos del demonio, y funda en su obra titulada *Quaestiones médico-legales* la Medicina legal de los alienados. Zacchias no sólo observa fielmente, sino que también analiza muy lógicamente los hechos, preparando con esta labor de interpretación racional

las bases de la clasificación natural de las perturbaciones mentales.

Por entonces, los médicos prácticos comenzaban ya á inmiscuirse en el tratamiento de las psicopatías; pero su intervención era empírica siempre y desdichada en la mayoría de los casos; los infelices alienados pasaron de las torturas penales á los tormentos terapéuticos: las sangrías repetidas, la revulsión despiadada, las dosis heroicas de los medicamentos más enérgicos, como el antimonio y el mercurio, la hidroterapia brutal, eran los factores de ese feroz tratamiento, sin que nadie se preocupara de la higiene de los asilos, de la alimentación, del ejercicio físico ni del tratamiento moral; la suerte de los alienados seguía, pues, siendo tan desgraciada como cuando los médicos no se ocupaban de ellos.

El final del siglo XVIII marca el arranque de la revolución, á la vez humanitaria y científica, que acabando con las injustas crueldades pasadas, otorgó á los locos la protección y los cuidados que su estado requiere, y á la vez determinó el prodigioso impulso que en poco más de un siglo ha conducido á la psiquiatría al espléndido desarrollo actual.

La reforma de los asilos de alienados, su transformación de cárceles en hospitales, comenzó en Inglaterra á mediados del siglo XVIII; creóse con este objeto el hospital de Saint Luc, en Londres, y el Retreat, en York, este último por la comunidad de los cuákeros. Paralelamente á la evolución práctica verificábase la científica, impulsada por el ilustre Cullen.

Simultáneamente Chiaruggi, en Florencia, proclamaba la necesidad de sustituir los procedimientos de fuerza por los de suavidad, y poco después, á principios del siglo XIX, el prusiano Langermann incoaba la reforma de los asilos de alienados de su país.

Pero en esta transformación de los manicomios nadie procedió con más energía y mayor altura de miras que el insigne nosólogo francés Pinel, quien en Bicêtre y en la Salpêtrière instauró el moderno tratamiento psiquiátrico. A pesar de la legítima y prestigiosa autoridad de Pinel, á pesar de su preclara inteligencia y de sus dotes de organizador, sus innovaciones tardaron aún bastantes años en entrar en la práctica corriente, teniendo antes que vencer la resistencia opuesta por la perniciosa rutina, por el fárrago de las preocupaciones tradicionales.

A la vez que se ocupaba de dulcificar la condición de los alienados, Pinel estudió también científicamente las enfermedades mentales, y, clasificador por excelencia, enamorado de la taxonomía nosológica, las agrupó según sus manifestaciones aparentes, trazando una clasificación puramente sintomática, bastante exacta dentro de su estrecha base constitutiva.

A principios del siglo XIX se libró en Alemania la última y definitiva batalla, la más reñida de todas, entre filósofos y médicos sobre la competencia para conocer las enfermedades mentales, terminando con el decisivo triunfo de los últimos. El exuberante florecimiento de la filosofía alemana en aquella época, bajo los auspicios de Kant y de Schelling, justifica que sus cultivadores reclamaran como de su propia pertenencia el estudio de la psiquiatría. Heinroth suponía que el alma era una fuerza libre, capaz de dirigirse por sí misma, y que las causas de las alteraciones psíquicas no eran otras que las pasiones y el pecado. Ideler también consideraba á los trastornos psíquicos bajo un punto de vista puramente ético, representándoselos como una exaltación morbosa de las pasiones. Por el contrario, Nasse y Jacobi defendieron, con tanta brillantez como fortuna, la doctrina somática, que afirma la identidad esencial de las enfermedades del cuerpo y del alma. Derrotados finalmente los filósofos, como antes lo habían sido los demonólogos y los espiritualistas de todas suertes, quedó definitivamente consagrada la psiquiatría como una ciencia experimental, como una rama de la medicina moderna, con los mismos métodos de investigación y de estudio que ésta, y con idénticos medios de tratamiento. Esta *objetivación* de la *psicopatología* se ha ido acentuando con el transcurso del tiempo, y, actualmente, la atención que se concede á los síntomas somáticos de las enfermedades mentales, el minucioso estudio de sus lesiones anatómicas, la importancia que en su etiología se concede á las causas orgánicas, demuestran que las psicosis, antes tenidas como fenómenos sobrenaturales, van materializándose cada vez más, y á la vez que se van concretando en signos corpóreos, su conocimiento se hace más perfecto.

Si he mencionado, aunque nada más que sumariamente, las principales etapas de la historia del tratamiento de los alienados y de las disputas entre médicos de un lado y teólogos y filósofos de otro sobre la naturaleza de la psicosis, ha sido para demostrar que en la evolución de la psiquiatría han progresado paralelamente la doctrina y la aplicación práctica, y que los hombres que más claramente han comprendido el verdadero concepto de la psiquiatría y más la han hecho avanzar en la esfera científica, son los mismos bienhechores que han redimido á los infelices alienados del infierno á que los tenían condenados la superstición y la ignorancia.

Apremiados los antiguos mentalistas por tan diversos menesteres, obligados á defender su competencia para tratar las afecciones psíquicas, á organizar los hospitales para los enfermos de la mente y á estudiar en detalle las formas clínicas de las psicopatías, cuya nosografía estaba casi toda entera por hacer, no es de extrañar que no pudieran dedicarse á la tarea de clasificación; ¡harto hicieron con

conquistar la autonomía de su ciencia y con acopiar los materiales que sus sucesores habían de ordenar y distribuir!

Pero anexionada ya definitivamente la psiquiatría á la medicina y firmemente orientada en el método experimental, empiezan los psiquiatras á preocuparse de la ordenación del contenido de su ciencia, y surgen las clasificaciones, en número cada vez creciente, sobre bases tan desemejantes, con criterios tan contradictorios, con nomenclaturas tan heterogéneas, que convierten el estudio de la psiquiatría en un verdadero caos, hasta que aparece un mentalista con arrestos de dictador, que dotado de una prodigiosa sagacidad, de una amplitud de miras no superada y de sorprendente originalidad, hace cesar las controversias, disipa las confusiones, impone su doctrina y lleva los ecos de su enseñanza á todos los ámbitos del mundo civilizado. Ese mentalista es Emilio Kraepelin, profesor de psiquiatría en Heidelberg, primero, y en Munich actualmente. Gracias á él y á la unanimidad con que ha sido aceptada su doctrina, es posible que puedan entenderse los psicopatólogos de los diversos países, habiendo cesado la antigua confusión nacida de que cada forma psicopática era designada con tantos nombres distintos como autores se habían ocupado de ella. No sería sensato suponer que la clasificación de Kraepelin ha de ser la definitiva, pero sí es cierto que por su sencillez misma y por su robusta estructura, es infinitamente superior á todas las publicadas hasta la fecha. Por esto he de darle la preferencia; pero, ante todo, debo completar la historia de la taxonomía psiquiatrica moderna, desde Pinel hasta hoy.

Las primeras clasificaciones, las de Pinel, Esquirol, Griesinger y Baillarger, fueron exclusivamente sintomáticas, lo que es un grave defecto, pues formas psicopáticas de naturaleza muy diversa pueden ofrecer rasgos sintomáticos muy análogos, como los accesos maníacos de la locura intermitente, de la parálisis general, de la epilepsia, etc. Las clasificaciones etiológicas representan un notable adelanto sobre las anteriores, porque relegando á lugar secundario las semejanzas exteriores, atienden preferentemente á la patogenia, que tanta importancia tiene en la evolución morbosa. A este grupo pertenecen las de Morel y de Magnan, imperfectas porque dan por ciertos muchos hechos nada más que hipotéticos, pero muy importantes como reveladoras del esfuerzo para conocer la génesis de los padecimientos mentales.

Por último: en un tercer grupo pueden incluirse las clasificaciones *integrales*, así denominadas porque sin fijarse en un carácter exclusivo, atienden á los síntomas, á la etiología, á la evolución y á la anatomía patológica cuando se conoce ésta, para formar grupos naturales de especies morbosas. Como tipos de este grupo, pueden citarse las clasificaciones de Kraft-Ebing y la de Kraepelin: la pri-

mera adopta como base primordial el criterio anatómico, estableciendo dos grandes secciones: la de las psicosis del cerebro desarrollado, y la de las psicosis por suspensión de desarrollo, subdividiendo la primera en dos grupos, según que haya ó no lesiones anatómicas. En cuanto á la clasificación de Kraepelin, como es, con ligerísimas variantes, la que he adoptado, y ésta ha de ser expuesta ampliamente más adelante, me limitaré aquí á señalar sus rasgos característicos fundamentales.

Kraepelin tiende á ampliar el concepto de especie psicopática, dotándole de la latitud y de la elasticidad suficientes para que en él quepan holgadamente diversas formas clínicas: así se forman grandes grupos específicos, vigorosamente diferenciados por algunos caracteres principales muy bien definidos, pero que permiten una gran diversidad de variedades sintomáticas, facilitándose de este modo considerablemente el diagnóstico psiquiátrico, tan rico en diferencias individuales. Los mejores ejemplos de esta tendencia sintetizadora que informa á la clasificación de Kraepelin, son las dos especies nosológicas creadas por él: la demencia precoz, y la locura maníaca depresiva, de cuyo concepto me ocuparé después con todo el detenimiento que merecen.

El mérito principal de la clasificación de Kraepelin estriba, pues, principalmente en la simplificación de los grupos antiguos, integrando en un reducido número de tipos morbosos las numerosas formas antes admitidas, previa diferenciación de los caracteres fundamentales y accesorios; y aquí en esta labor de profundo análisis es donde Kraepelin ha hecho gala de sus admirables dotes de observador sagaz.

Por último: como clasificaciones modernas distanciadas de la de Kraepelin, merecen citarse las de Bianchi y de Regis. El primero distribuye las psicopatías en tres grupos: el de las debidas á defecto de la evolución cerebral, el de las producidas por infecciones, autointoxicaciones y exointoxicaciones, y el de las que tienen lesiones anatómicas determinadas. Niega la especificidad de la demencia precoz, á la que considera simplemente como una forma terminal de diversos procesos morbosos, y usa algunos términos que se separan de los empleados por la mayoría de los autores: tales son los de frenastenia, aplicado á los vicios de desarrollo (imbecilidad é idiotismo); de parafrenia, que significa los defectos mentales de los desequilibrados (originalidad y excentricidad); el de frenosis sensorial, para indicar aquellas formas en que las alucinaciones juegan un papel predominante en el cuadro clínico. Algunas otras particularidades de esta clasificación son de importancia secundaria.

Regis empieza por establecer la distinción entre las *psicopatías* propiamente dichas ó estados psicopáticos primitivos, y los *síndro-*

*mes psicopáticos* ó estados psicopáticos secundarios; los primeros son enfermedades autónomas con individualidad propia, mientras que los segundos no son más que los episodios psíquicos de las enfermedades comunes, y no deben entrar en la clasificación. Las psicopatías propiamente dichas se dividen, según el profesor de Burdeos, en *Psicopatías enfermedades* ó psicosis y *Psicopatías-invalideces* (me parece la traducción más exacta de la denominación *Psychopathies infirmités*).

Las primeras se subdividen en generales, con trastornos de todo el organismo, como la manía, ó las constituídas por las perturbaciones mentales aisladas, como las locuras sistematizadas. En cuanto á las segundas, son de evolución, comprendiendo las desarmonías y las degeneraciones, ó de involución (demencias, simple ó con psicosis).

***

La clasificación que he adoptado es, salvo ligerísimas variantes, la de Rogues de Fursac, calcada á su vez en la de Kraepelin.

Empiezo por separar los síndromes psicopáticos de las especies psicopáticas, pero dando á estos términos una significación distinta de la que le confiere Regis. Entiendo por síndrome psicopático un conjunto de síntomas mutuamente enlazados por relaciones de causalidad y conexión, que se presentan con los mismos caracteres en diversas enfermedades mentales, ofreciendo su combinación tales cualidades de constancia y de homogeneidad que permiten su individualización. Tienen el mismo valor nosológico que los síndromes de la patología somática, como el síndrome tífico, el álgido, etc. Distingo cuatro principales síndromes psicopáticos: 1.°, estados maníacos; 2.°, estados melancólicos; 3.°, estados de confusión mental; 4.°, estados demenciales. Como estos síndromes son factores integrantes de muchas psicopatías, su estudio, hecho antes de empezar el de la psiquiatría especial, facilita mucho las descripciones ulteriores, evitando fastidiosas repeticiones.

Entrando luego de lleno en el estudio de las especies psicopáticas, hago de ellas dos grandes secciones: el de las psicosis de base orgánica conocida, y el de las de base orgánica desconocida, rindiendo así el debido tributo al criterio anatomo-patológico, al *anatomische Denken* de Virchow, que, arrancando de la inmortal obra de Morgagni, *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, ha sido el alma del progreso de las ciencias médicas.

Suponiendo, como es muy lógico, que el alumno ó el médico que aborda el estudio de la psicopatología domina previamente la patología somática, ordeno las psicosis de manera que se proceda de lo conocido á lo desconocido, de lo familiar á lo extraño; siguiendo

esta norma, constituyo en la primera sección el primer grupo con las psicosis infecciosas, incluyendo en ellas el delirio febril, el delirio infeccioso, el delirio de colapso ó de agotamiento y el delirio agudo; las tres primeras formas no ofrecen dificultad alguna para el novicio en psiquiatría, puesto que no son más que los accidentes psíquicos de las infecciones comunes, fiebre tifoidea, pulmonía, erisipela, etc.; en cuanto al delirio agudo, aun cuando constituye una psicopatía idiopática, con existencia autónoma, su comprensión es también muy sencilla, pues intrínsecamente es idéntico á las otras psicopatías infecciosas; las múltiples manifestaciones psíquicas de la tuberculosis, de patogenia compleja, tienen cabida aquí, y también pueden incluirse en este primer grupo las variadísimas psicosis puerperales, por más que algunas pudieran agregarse al grupo siguiente. En la patogenia de todas estas psicosis infecciosas intervienen la acción de los gérmenes y de sus toxinas, los cambios orgánicos consecutivos y el agotamiento físico y mental del sujeto; su principal característica clínica es la confusión mental.

El segundo grupo está constituído por las psicosis tóxicas, divididas en dos subgrupos, según sean producidas por intoxicaciones exógenas ó endógenas; entre las primeras, son las más importantes las alcohólicas, las saturninas y las morfínicas, y entre las segundas, las urémicas, las diabéticas y, sobre todo, las tiroideas, en especial el mixedema. En este grupo se incluye una especie muy interesante, pero de patogenia equívoca: la llamada psicosis polineurítica, provocada indiferentemente por intoxicaciones, por infecciones ó por estados de agotamiento. También es fácil la comprensión de este grupo, pues se trata de afecciones estudiadas por la patología médica.

Al entrar en el tercer grupo, constituído por la demencia precoz, nos encontramos ya en el terreno privativo de la psiquiatría. El concepto de demencia precoz es quizá la más famosa de las creaciones de Kraepelin, si bien, en mi sentir, es de mérito inferior al de la locura maníaca depresiva. Aunque no exenta de reparos, hoy se acepta casi unánimemente por todos los psiquiatras, que ven en ella una fórmula diagnóstica comprensiva de varios estados anteriormente muy mal interpretados. Ciertamente que el nombre es poco afortunado, pues la demencia no es en todos los casos manifiesta, ni el calificativo de precoz puede siempre aplicarse; pero, como dice Rogues de Fursac, puede hacerse muy buena clínica con palabras impropias, siempre que se les dé una significación convencional constante. La especificidad de la demencia precoz se funda en los caracteres peculiares de la debilidad psíquica, distintos de los de los otros estados demenciales, como la demencia senil ó la paralítica; el déficit intelectual en los dementes precoces es selectivo, no

muy aparente, y necesita á veces una investigación minuciosa para ser revelado; se manifiesta, sobre todo, en la esfera afectiva, siendo la indiferencia el rasgo moral característico de estos enfermos; la atención está debilitada, y la asociación de ideas retardada y relajada; en cambio la memoria y la orientación suelen permanecer intactas, lo que explica que el sujeto no parezca á primera vista demente.

Kraepelin admite tres formas de demencia precoz: la hebefrénica, la catatónica y la paranoide, siendo una de las más brillantes páginas de la psiquiatría moderna el magistral estudio que hace de los síntomas fundamentales de la segunda forma, de la catatónica, caracterizándola por la estereotipia, la sugestibilidad y el negativismo, y estudiando sus diversas manifestaciones, dependientes todas ellas de la exaltación del automatismo, que paralelamente se manifiesta en el campo psíquico y en el somático.

Rogues de Fursac separa de la demencia precoz paranoide la forma psicopática aislada por Magnan con el nombre de delirio crónico y le estudia como especie aislada á continuación de aquélla; pero esta ligera divergencia en nada altera la estructura de la clasificación de Kraepelin, á la que yo me atengo fielmente en este punto. Se incluye la demencia precoz entre las psicosis de base orgánica, porque los estudios modernos comienzan á despejar la incógnita de sus lesiones anatómicas; no expongo esos trabajos porque el tiempo apremia, y además porque fueron admirablemente discutidos en la conferencia que el curso pasado dió sobre *Las demencias*, en este mismo hospital, el sabio director del manicomio de Leganés, doctor Ezquerra.

Por último, coloco á la demencia precoz á continuación de las psicosis tóxicas, porque según la hipótesis de Kraepelin, la más verosímil de todas las ideadas, es debida á una autointoxicación por trastorno de la secreción interna de los órganos genitales, como parece probarlo la edad en que con mayor frecuencia aparece, y la naturaleza de sus síntomas, tanto físicos como psíquicos, muy análogos á los de las psicosis tóxicas.

Ocupa la cuarta división la parálisis general, psicopatía de excepcional importancia, no sólo por su frecuencia y gravedad, sino también porque, siendo muy rica en manifestaciones orgánicas y poseyendo lesiones anatómicas muy bien conocidas, constituye un sólido nexo entre la patología del cuerpo y la de la mente.

También en su patogenia domina la hipótesis de autointoxicación, patrocinada por Kraepelin, según el cual sería debida á la acción de un veneno, producto de un trastorno de la nutrición general, provocado casi siempre por la sífilis.

En el quinto grupo incluyo las llamadas psicosis de involución,

considerando como tales la melancolía afectiva y la demencia senil, de patogenia un tanto oscura aún, pero verosímilmente debidas á los cambios estructurales, no siempre bien precisados, que resultan de la decadencia orgánica.

Forman el sexto grupo las suspensiones y anomalías de desarrollo, idiotismo, imbecilidad, locura moral, con lesiones manifiestas de los centros nerviosos unas veces, ó con integridad de los mismos otras; pero siempre con ciertos vicios de conformación, con estigmas reveladores de la degeneración orgánica compañera del defectuoso desarrollo mental.

Por último, para completar esta primera sección, formo un séptimo grupo, á modo de apéndice, con las manifestaciones psíquicas de las neuropatías orgánicas, tumores, sífilis, hemorragia, reblandecimiento, arterio-esclerosis cerebrales; estas formas psicopáticas se estudian también en neuropatología, pero aquí deben considerarse bajo el especial punto de vista psiquiátrico, señalando sus analogías con las psicopatías propiamente dichas, y sobre todo estableciendo los fundamentos del diagnóstico diferencial con éstas.

En la ordenación de los grupos de la segunda sección, la de las psicosis de base orgánica desconocida, sigo la misma norma que en la primera, procediendo de lo conocido á lo desconocido, y formo el primer grupo con las manifestaciónes psíquicas de las neurosis, enfermedades ya estudiadas en patología médica, y que estando muy íntimamente enlazadas con las afecciones incluídas en el último grupo de la sección anterior, con las psicosis por lesión material del cerebro, constituyen una transición muy lógica entre ambas grandes divisiones de la psiquiatría especial. Segrego de este grupo una de las neurosis más importantes, la neurastenia, porque sus síntomas psíquicos se ostentan con mayor pureza y con caracteres más típicos en uno de los grupos ulteriores, en el de la psicopatía constitucional. En cuanto al histerismo, mejor que de neurosis debiera calificarse de psicosis pura; y de las demás llamadas neurosis varias, como la epilepsia, el corea y la parálisis agitante, no tardarán seguramente mucho en ingresar en la categoría de las neuropatías orgánicas; pero aun reconociendo lo imperfecto y lo artificioso de este grupo de las neurosis, le mantengo para amoldarme al estado de cosas constituído.

El segundo grupo, formado por la psicopatía constitucional, tiene estrechas analogías con el anterior, pues muchos de los trastornos mentales que en él se estudian se observan también en las neurosis: tal ocurre con las anomalías del instinto sexual, con las obsesiones, fobias, impulsiones, etc. El concepto de psicopatía constitucional, bastante vago, equivale al antiguo, más vago aún, de degeneración mental, y se conexiona, por tanto, con las psicosis del

sexto grupo de la primera sección, con las anomalías y suspensiones de desarrollo, diferenciándose en que las aquí consideradas se acompañan de manifestaciones somáticas poco evidentes, y en que sus trastornos mentales son ligeros; pero la línea divisoria entre ambos procesos es en ocasiones artificial y difícil de precisar. No son los psicópatas constitucionales locos en el sentido estricto de la palabra; son individuos que viven en las fronteras de la locura, pero sin que los alcance de un modo completo ni la incapacidad civil ni la irresponsabilidad criminal; por esto mismo, por no estar legalmente protegidos contra las consecuencias de sus acciones morbosas, son los más peligrosos para sí mismos, para sus familias y para la sociedad; son los excéntricos, los originales, los inarmónicos, los desequilibrados, toxicómanos, protagonistas de crímenes pasionales, exaltados políticos, fracasados de todas las profesiones; son los *locos á medias* que tanto abundan, especialmente en los centros de activa vida intelectual.

El fondo de su estado mental está constituído por la debilidad de la reflexión, de la síntesis consciente, de donde dimanan la versatilidad, la variabilidad de los afectos, la falsedad de los juicios y la inconstancia de la conducta. Como fenómenos episódicos, sufren estos enfermos de aberraciones sexuales y de diversas obsesiones y fobias.

La tercera división está destinada á una importantísima psicopatía, que es, en mi sentir, la más genial de las creaciones de Kraepelin, á la locura maníaca-depresiva: desde una antigüedad muy remota se conocían observaciones de locuras intermitentes y alternas; pero pertenece á Kraepelin la gloria de la formación de esa gran síntesis nosológica, que engloba en un concepto único á la manía y melancolía idiopáticas, á la locura circular, á la periódica, á la de doble forma. Kraepelin funda su opinión en los argumentos siguientes: Primero. Es excepcional que sólo se presente un acceso único de manía ó de melancolía en toda la existencia del paciente; la regla es que alternen las dos formas, ó que se repita una de ellas, ó que se combinen en un mismo acceso. Segundo. Todos los tipos, aunque ofrezcan apariencias tan distintas como la excitación maníaca y la depresión melancólica, poseen caracteres fundamentales comunes, que son la imperfección de las percepciones, la debilitación de la atención, la disminución y lentitud de la asociación de ideas, la indiferencia emotiva y la exageración del automatismo psíquico.

Así se justifica la creación de la locura maníaca depresiva como especie morbosa única, con variedades sintomáticas y evolutivas: las primeras son la manía, la melancolía y la forma mixta; y las segundas, la locura periódica, la alterna, la de doble forma, la circular y la atípica.

La cuarta y última división de la sección segunda comprende una sola psicopatía, la paranoia, que es indudablemente la psicosis de interpretación más enigmática, la de patogenia más oscura y la de síntomas mentales más puros.

Parece que en estos enfermos la psiquis ha enfermado parcialmente, pues, mostrándose aberrante sólo en una dirección determinada, en el resto de sus funciones parece conservarse íntegra, y aun en la misma elaboración de sus errores procede aparentemente con lógica intachable.

Como tipo de paranoia puede citarse la persecutoria, el delirio de los perseguidos-perseguidores; aquí el paciente parece que conserva intactas sus facultades intelectuales, y quizás aparenten ser más agudas y vigorosas que las de los cuerdos vulgares; el enfermo tiene una memoria feliz; está dotado de poderosa atención; escudriña todo lo que le interesa; sorprende sutiles relaciones entre las cosas; encadena sus juicios en silogismos de aspecto impecable; posee el pleno dominio de sí mismo, sabiendo ocultar de un modo impenetrable sus preocupaciones cuando le conviene; ajusta con admirable precisión sus acciones al fin que le guía; prepara minuciosamente su defensa, y calcula con detalle sus reacciones ofensivas. Tal resplandor de lógica parece iluminar sus palabras y sus actos, que llega á sugestionar á muchos cuerdos, y los convierte en sus cómplices y secuaces. Y, sin embargo, esta lógica, este vigor mental, no son más que aparentes; su dialéctica es en el fondo muy defectuosa, realmente patológica, pues rechaza sistemáticamente todos los hechos y argumentos contrarios á su tesis, por mucho peso que tengan, y en cambio acepta sin contraste y exagera falsamente todos los que le parecen favorables, por insignificantes que sean.

Los límites de la paranoia son muy poco precisos; admítense, además de la forma persecutoria y de su variedad especial la querellante ó litigante, la erótica, la religiosa, la inventora.

Estas últimas formas se confunden con la psicopatía constitucional, sin que sea posible fijar con exactitud sus mutuos límites.

Por último, hay estados paranoicos atenuados ó rudimentarios, definidos por la exaltación unilateral de la mente, con pérdida de la visión psíquica exacta de los hechos externos, y errónea subordinación de éstos á una idea preconcebida. A esta categoría pertenecen los exaltados idólatras de todos los ideales extremos, desde los visionarios místicos hasta los anarquistas de acción, los fundadores de religiones nuevas, los utopistas políticos, los inventores extravagantes. Estas formas leves de paranoia llegan á confundirse con el estado normal por tan gradual transición, que en muchos casos es dificilísimo juzgar de la condición mental del sujeto, siendo necesario estudiarle no sólo en sí mismo, sino también en sus relaciones con el

medio ambiente y con las causas instigadoras de su conducta. Este análisis requiere en el observador grandes dotes de psicólogo y de sociólogo, y de esta suerte, siguiendo la clasificación adoptada, que procede gradualmente de lo más sencillo á lo más complejo, termina tocando á estos altísimos problemas de psicología y de sociología la psiquiatría, que comenzó estudiando modestamente los trastornos psíquicos elementales provocados por la ingestión de una dosis fuerte de alcohol ó por la impregnación de la corteza cerebral por las toxinas de un microbio.

He dicho.

## BIBLIOGRAFÍA


1. Baillarger: *Recherches sur les maladies mentales*. París, 1880.
2. Bianchi: *Trattato di Psichiatria*. Nápoles, 1902.
3. Bonnet: *Etude critique sur la clasification des maladies mentales*. Tesis de Toulouse, 1904.
4. Esquirol: *Des maladies mentales*. París, 1838.
5. Giersinger: *Traité des maladies mentales*. Trad. franc. París, 1873.
6. Jones (R.): The evolution of Insanity. *The Lancet*, 8 Septiembre 1906.
7. Kahlhaum: *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten*. Dantzig, 1863.
8. Kraepelin: *Lectures on clinical Psychiatrie*. Trad. ing. Londres, 1904.
9. Kraepelin: *Psychiatrie*, 7.ª ed. Leipzig, 1904.
10. Krafft-Ebing: *Lehrbuch der Psychiatrie*. Stuttgart, 1890.
11. Maestre: Clasificación de las enfermedades mentales. *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, 7 Junio 1904.
12. Magnan: *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. París, 1897.
13. Morel: *Traité des maladies mentales*. París, 1850.
14. Nissl (F.): Kritische Bemerkungen zu Ziehen's Aufsatz; Ueber einige lucken und Schwerigkeiten d. Gruppierung des Geisteskrankheiten. *Zentralblatt f. Nervenheilkunde n. Psychiatrie*, 15 Marzo 1904.
15. Paton (S.): The clasification of Mental Diseases. *Reference Handbook of the Medical Sciences*, vol. V, New York, 1902.
16. Pinel: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. París, 1808.
17. Regis: *Précis de Psychiatrie*, 3.ª ed. París, 1906.
18. Rogues de Fursac: *Manuel de Psychiatrie*, 2.ª ed. París, 1905.
19. Roubinovitch: *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*. París, 1896.
20. Ziehen: *Psychiatrie*. Leipzig, 1894.


Madrid, 5 Diciembre 1906.

# LOS PROGRESOS DE LA SUEROTERAPIA ARTIFICIAL

## LIGEROS APUNTES SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE ESTE MEDIO TERAPÉUTICO

POR EL DOCTOR D. HIPÓLITO GUÍU Y GUTIÉRREZ
Del Instituto de Terapéutica Operatoria y de la Beneficencia Municipal.

Entre las más útiles conquistas de la ciencia médica moderna, ocupa con justicia un lugar preferente la sueroterapia, cuyos progresos actuales y los que ofrece al porvenir han dado á la terapéutica un derrotero diferente en todo al que se conocía, no siendo aventurado suponer que á ella se deberá la curación de procesos hasta hoy imposibles de combatir. Divídese la sueroterapia en *orgánica*, que es la que inyecta sueros de animales inmunizados de distintas enfermedades, y *artificial*, que suple los sueros naturales con líquidos de composición variable que, inyectados en el torrente circulatorio, bien por la red capilar ó directamente en la vena, suplen al líquido sanguíneo cuando es deficiente por hemorragias ó astenia, ó modifican las infecciones por su acción sobre los microbios ó sus toxinas.

De esta última hemos de ocuparnos en nuestro modesto trabajo, exponiendo las preparaciones de laboratorio que la experiencia ha sancionado como más útiles en esta moderna medicación.

—

El *suero artificial* es ni más ni menos que una copia del suero sanguíneo humano, que en síntesis es una solución alcalina á base de cloruro sódico, con ó sin la adición de otros componentes, que luego indicaremos.

Dos formas, según la cantidad, presenta este método: la *sueroterapia mínima*, que emplea pequeñas dosis de suero en cantidades variables de 1, 2, 5, 10, 30, 40 ó, excepcionalmente, 100 gramos, y la *sueroterapia máxima*, que procede por dosis masivas en casos de efecto rápido, por la urgencia de la indicación.

Todos los sueros tienen como elemento primordial y disolvente de sus sales el agua, cuyas condiciones de asepsia han de ser de un rigor tal, que al ser puesta en contacto con los más delicados tejidos del organismo no produzca en ellos la menor reacción.

La composición de los sueros artificiales varía relativamente poco, pues todos procuran no alejarse de la composición del suero fisiológico, para no perjudicar los hematíes y las células de los tejidos.

Uno de los sueros más usados, el primero que ha sido usado hipodérmicamente á la dosis de cinco gramos, ha sido el del profesor Luton, de Reims, que fué en cierto modo el instigador de la suero-

terapia artificial, y la preconizaba con éxito en el tratamiento de los caquécticos y neurasténicos. Su composición es:

| | | |
|---|---|---|
| Fosfato de sosa cristalizado | 4 | gramos. |
| Sulfato de sosa | 10 | » |
| Agua destilada y hervida | 100 | » |

Siguen después los sueros siguientes, más usados en la *sueroterapia mínima:*

SUERO DE CROQ, DE BRUSELAS

| | | |
|---|---|---|
| Fosfato de sosa | 2 | gramos. |
| Agua destilada hervida | 100 | » |

De 1 á 2 c. c.

SUERO DE LECLERC (SUERO FUERTE)

| | | |
|---|---|---|
| Cloruro de sodio | 4 | gramos. |
| Fosfato de sosa } aa. | 0,50 | » |
| Sulfato de sosa } aa. | | |
| Agua destilada hervida | 100 | » |

De 1 á 2 c. c.

SUERO DE CHÉRON

| | | |
|---|---|---|
| Acido fénico cristalizado | 1 | gramo. |
| Cloruro de sodio | 2 | » |
| Fosfato de sosa | 4 | » |
| Sulfato de sosa | 8 | » |
| Agua destilada hervida | 100 | » |

De 1 á 10 c. c.

SUERO DE GILBERT BALLET

| | | |
|---|---|---|
| Fosfato de sosa | 2 | gramos. |
| Sulfato de sosa | 3 | » |
| Cloruro de sodio | 1 | » |
| Acido fénico | 0,50 | » |
| Agua destilada hervida | 100 | » |

De 1 á 4 c. c. (Neurastenia.)

SUERO DE HUCHARD

| | | |
|---|---|---|
| Cafeína } aa. | 5 | gramos. |
| Benzoato sódico } aa. | | |
| Fosfato sódico | 10 | » |
| Agua destilada hervida | 100 | » |

De 1 á 10 c. c. (Manía senil.)

SUERO DE TRUNECEK

| | | |
|---|---|---|
| Sulfato de sosa | 0,44 | gramos. |
| Cloruro de sodio | 4,92 | » |
| Fosfato de sosa | 0,15 | » |
| Carbonato de sosa | 0,21 | » |
| Sulfato de potasa | 0,40 | » |
| Agua destilada hervida | 100 | » |

De 1 á 4 c. c. cada dos ó tres días, aumentando 1 c. c. cada vez.

Este suero representa en solución diez veces más concentrada una mezcla de todas las sales alcalinas que se encuentran en la sangre, en sus proporciones respectivas.

**Sueros de dosis máxima.**

SUERO FISIOLÓGICO

| | | |
|---|---|---|
| Cloruro de sodio | 7,50 | gramos. |
| Agua destilada hervida | 1.000 | » |

SUERO DE CANTANI

| | | |
|---|---|---|
| Cloruro de sodio | 4 | gramos. |
| Carbonato de sosa | 2 | » |
| Agua destilada hervida | 1.000 | » |

SUERO DE HAYEM

| | | |
|---|---|---|
| Cloruro de sodio | 5 | gramos. |
| Sulfato de sosa | 10 | » |
| Agua destilada hervida | 1.000 | » |

SUERO DE SAMUEL

| | | |
|---|---|---|
| Cloruro de sodio | 6 | gramos. |
| Carbonato de sosa | 1 | » |
| Agua destilada hervida | 1.000 | » |

De 20 á 500 gramos.

SUERO DE STADELMANN

| | | |
|---|---|---|
| Cloruro de sodio | 6 | gramos. |
| Bicarbonato de sosa | 30 | » |
| Agua destilada hervida | 1.000 | » |

SUERO DE RENZI

| | | |
|---|---|---|
| Iodo puro | 1 | gramo. |
| Ioduro de sodio | 3 | » |
| Cloruro de sodio | 6 | » |
| Agua destilada hervida | 1.000 | » |

De 200 á 300 c. c.

SUERO DE BRIAND

| | |
|---|---|
| Bromuro de potasio | 6 gramos. |
| Cloruro de sodio | 1,50 » |
| Agua destilada hervida | 1.000 » |

500 c. c. cada dos ó tres días. (En la melancolía con agitación, ansiedad, epilepsia.)

SUERO DE BUVAT

| | |
|---|---|
| Cloruro de sodio | 6 gramos. |
| Ioduro de potasio | 2 » |
| Sulfato de sosa | 2 » |
| Agua destilada hervida | 1.000 » |

500 c. c. cada dos ó tres días. (Parálisis general en los sifilíticos.)

SUEROS GELATINIZADOS

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Suero fisiológico | 1.000 gramos. |
| | Gelatina | 50 » |

De 50 á 150 c. c. (Carnot.)

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Suero fisiológico | 1.000 gramos. |
| | Gelatina | 10 á 20 » |

De 50 á 100 c. c. cada siete á ocho días.

Este suero exige una esterilización perfecta á 115° para evitar el tétanos que pueden producir las gelatinas impuras.

—

Y terminada esta exposición de sueros, indiquemos brevemente algunas particularidades de la sueroterapia mínima ó á pequeñas dosis.

Las inyecciones de 1 á 5 gramos, empezando por la menor cantidad durante los primeros días y aumentando después, producen efectos muy beneficiosos en casos de hipotensión arterial, en los asténicos, en los sujetos deprimidos por una diarrea abundante, una metrorragia, sudores profusos, una viva emoción, una fatiga, una noche de insomnio, etc. Bajo la influencia de una inyección de uno á dos centímetros cúbicos de suero—dice Landouzy—la tensión arterial aumenta, así como las fuerzas y actividad cerebral, produciéndose además una diuresis, como si el enfermo hubiese tomado digitalina ó cafeína.

El efecto de estas inyecciones mínimas ha sido calificado por su rapidez de acción de verdadera descarga eléctrica dinamógena. Sus indicaciones son muy numerosas, siempre que se trate de obtener instantáneamente una excitación vivificante en lipotimias y co-

lapsos. En los sujetos asténicos á quienes abandona toda energía moral y física, la seroterapia mínima es su mejor confortante, cuando los marciales, arsenicales, quínicos, estricneos, etc., han fracasado. Es la medicación tónica por excelencia en los enfermos debilitados por supuraciones largas, tuberculosis, neoplasias, inflamaciones pelvianas y caquexias.

Una ó dos inyecciones por semana de 10, 20 ó 40 gramos de suero, aviva las fuerzas, facilita los cambios intra y extracelulares, imprime actividad á los movimientos osmóticos, á la fagocitosis, á las reacciones nerviosas, vasculares y secretorias; ayuda á la resolución de inflamaciones viscerales; notablemente á la curación de ciertos estados fluxionarios intrapelvianos interminables, que de otro modo terminarían por la intervención quirúrgica.

Esta es en síntesis la sueroterapia mínima, que, como vemos, puede prestar grandes servicios en determinados casos, pudiendo en muchos de ellos colocar al enfermo en condiciones de emplear otros recursos.

Hace bastante tiempo empleamos con éxito el suero de Leclerc, asociado al cacodilato de sosa, y en cantidad de 20 c. c. dos veces por semana en enfermos cancerosos inoperables, obteniendo en muchos manifiesta mejoría dentro de su estado y una evolución más lenta del proceso.

Puede por este medio prolongarse considerablemente la vida de estos enfermos, ya que otra cosa no puede hacerse en su favor.

Sólo en caso de grandes hemorragias se recurrirá á la sueroterapia máxima.

En el estado actual de la ciencia, podemos esperar más beneficios de los sueros artificiales en las caquexias cancerosas, que de los orgánicos. Los primeros son siempre asépticos, de composición definida, y, por lo menos, reconstituyentes de la sangre; los segundos, hasta hoy, ya sean los obtenidos por inmunización de animales diversos, ya por maceraciones de tumores cancerosos ó por cultivos de la flora y fauna microbiana de los mismos, no han dado resultados favorables, y, en ocasiones, han sumado una infección á otra, pues la etiología del cáncer sigue siendo un misterio, á pesar de cuanto se ha dicho en ingeniosas cuanto falsas teorías sobre el particular.

Mas donde la sueroterapia artificial adquiere toda su importancia y ha escalado el puesto que tiene en la ciencia, es en el tratamiento del colapso post-operatorio, en la agonía post-hemorrágica, en la cura de infecciones médicas y quirúrgicas y en la de las intoxicaciones endógenas ó exógenas. Pero aquí ya no sirve la inyección de pequeña cantidad de suero; hay que reponer sangre perdida ó *lavar* la existente, y esto sólo lo hace la transfusión serosa ó

### SUEROTERAPIA MÁXIMA

No es nuevo, como podría creerse á primera vista por el moderno desarrollo que debido á sus perfeccionamientos tiene, el método de las grandes inyecciones salinas en terapéutica. Joèniker, de Moscou, en 1830, practicaba por consejo de Hermann inyecciones intravenosas de muchos miles de gramos á los coléricos, cuyo procedimiento fué modificado después por el médico escocés Latta, que ideó por este medio cambiar la constitución sanguínea, dadas las ideas humorales de la época.

Más tarde, en 1873, el profesor Hayem propuso tratar los coléricos inyectando en el sistema venoso una disolución salina á 5 ó 6 por 1.000, que luego reformó de la manera que anteriormente hemos indicado, obteniendo resultados muy satisfactorios. Estas observaciones fueron amplificadas por Jolyet y Laffont, que inyectando más de 1.000 gramos por la vena en una parida en estado de muerte inminente, consiguieron la reacción, salvando á la enferma.

Experiencias sucesivas de numerosos clínicos han demostrado la preferencia de la transfusión serosa artificial sobre la *transfusión sanguínea* empleada antiguamente. En efecto: en el *colapso hemorrágico*, lo que importa es evitar los efectos de la depleción vascular más que de la composición sanguínea. Además, por medio de la masa de agua salada inyectada en la economía, se tiende á hacer por los estímulos orgánicos y funcionales impuestos á las colectividades celulares un humorismo purgador, si se admite la frase, *antiinfeccioso*, *microbicida* y *antídoto*: de aquí que muchos médicos hayan calificado este método con el nombre de *lavado de la sangre*, siendo el primero en usar esta expresión Sanguírico, que por grandes inyecciones intravenosas de agua salada trataba conejos que había intoxicado previamente con estricnina, alcohol, cloral, aconitina, curarina, etc., etc.

Sahlí, de Berna, empleó con éxito el lavado de la sangre en la fiebre tifoidea y en otras enfermedades infecciosas, así como en un caso de uremia convulsiva, en el que todo peligro de muerte fué conjurado por las inyecciones subcutáneas de agua salada. Pero todas las investigaciones que, tanto en enfermos como en animales, se han hecho para observar el beneficio de la sueroterapia artificial máxima, han dado la indicación clínica de ésta en un estado mórbido de hipotensión vascular y nerviosa que no permite ni las circulaciones viscerales depurantes ni las eliminatorias, aun por los emunctorios normalmente permeables.

La *hipotensión*, ya como fenómeno primitivo, secundario ó asociado, es la primera manifestación especialmente justiciable de las inyecciones máximas de suero.

En toda depresión súbita ó rápida la transformación serosa es de rigor, principalmente en el colapso más ó menos completo con pérdida de conocimiento, dilatación pupilar, miembros en resolución, pulso filiforme y estado casi agónico. Estos estados de colapso, justiciables de la seroterapia máxima, se observan en las siguientes circunstancias: en un choque nervioso emocional, bien por un peligro corrido, ya por una catástrofe ferroviaria, otras veces por una noticia desagradable; en las operaciones abdominales, en el temor á la operación ó á la anestesia, y en ciertas razas que tienen una predisposición marcada al colapso, como son los slavos y los israelitas.

Estas causas, combinadas y sumadas por desgracia en algunos sujetos, harían imposibles ciertas intervenciones si no fuese por la sueroterapia. Citaremos como ejemplo de bastante enseñanza la observación del Dr. Berlín, de Niza, comunicada á la Sociedad de Cirugía de París, sobre una enferma de su clínica, en la que el colapso fué una de las manifestaciones más alarmantes, á más de la agitación, delirio, alucinaciones, taquicardia, vómitos, etc.

Se trata de una enferma de treinta y nueve años, temperamento nervioso, á la que el Dr. Pozzi practicó el 16 de Enero de 1895 la ablación del útero y sus anejos por la vía vaginal. La operación, complicada al principio por un síncope respiratorio, se terminó en una media hora sin incidente. Por la tarde, agitación, vómitos. Pulso, 100. Temperatura, 36°,5.

El 18 de Enero, vómitos, agitación, pulso deprimido, á 135. Temperatura, 38°,3: inyecciones de éter y cafeína é inhalaciones de oxígeno.

El 19 de Enero, situación inquietante: extrema agitación, insomnio completo, tinte subictérico en las conjuntivas, facies contraída, pulso filiforme, 140-150. Temperatura, 36°,4; vómitos incesantes: inyecciones de cafeína y éter, oxígeno, champagne, tó alcoholizado, helados. Inyección subcutánea de suero artificial, 300 gramos.

El 20 de Enero aumenta la gravedad: colapso completo, pulso filiforme incontable. Temperatura, 36°. Inercia absoluta de la vejiga y del intestino; no había albúmina en la orina extraída por la sonda. Continuación de las inyecciones de cafeína y éter. Nueva inyección hipodérmica de 250 gramos de suero.

A las seis de la tarde la situación era desesperada: respiración estertórea, piel fría, sudor viscoso, facies plomiza, insensibilidad absoluta, pulso radial, imperceptible, de 40, y temperatura, 36°.

Entonces el Dr. Berlín recurre, á la desesperada, á la inyección intravenosa de suero para *irrigar suficientemente los centros nerviosos y combatir la baja tensión vascular.*

Seis inyecciones de suero de Hayem á 37° son sucesivamente in-

yectadas por la vena cefálica mediante una jeringa de 100 gramos, durando la sesión diez minutos.

A medida que el líquido penetra en el sistema circulatorio, el pulso renace y se llena, la respiración es menos rápida y más amplia; la enferma sale de su estupor y puede moverse en la cama. Temperatura, 36°,5.

Al cabo de una hora el pulso se debilita de nuevo, la respiración se hace difícil y rápida; vuelve á perder el conocimiento, cayendo en el más alarmante estado. Nueva inyección intravenosa de 800 gramos.

Un cuarto de hora después, escalofríos frecuentes, cianosis generalizada, extremidades frías y rígidas y paralización del pulso y respiración. À los diez minutos solamente de excitaciones enérgicas la enferma se reanima.

El 21 de Enero se asiste á una verdadera resurrección. Pulso, 130, lleno y regular. La enferma recobra el conocimiento.

23 de Enero: agitación extrema; delirio. Pulso, 130. Temperatura, 38°,4.

24 de Enero: igual agitación; palabra incesante, alucinaciones de la vista.

Todo este *delirio neuropático agudo* ha sido provocado, no sólo por el shock operatorio, sino por un cierto grado de septicemia debida á una escara profunda de la horquilla por el contacto de una de las pinzas.

Lavados cuidadosos de la vagina; cura con gasa salolada.

25 de Enero: alternativas de delirio y neurosis.

26 de Enero: mejoramiento progresivo.

27 de Enero: temperatura, 37°; pulso, 84.

A partir de este momento la observación no ofrece interés, pues la enferma va tan bien, que el 3 de Febrero se marcha á su casa en estado satisfactorio, que termina con una rápida curación.

***

Hemos visto en esta historia clínica que la inyección de suero fué *intravenosa*, y hay que clasificar esta indicación, así como la usual *hipodérmica*.

Siempre que se trate de un colapso *á vacuo* en estado de agonía post-hemorrágica por enormes pérdidas sanguíneas, y por tanto la rapidez es el más importante elemento del problema terapéutico, se empleará la inyección por la vena.

Pueden inyectarse en una vez por esta vía 600, 800, 1.000 gramos; pero no hay que olvidar que con menos dosis, 500, 300 y hasta 200 gramos, se puede levantar un exangüe ó reanimar un moribundo. No obstante, si el paciente ha tenido gran pérdida de sangre, no

se debe fiar de esta mejoría aparente; puede colapsarse unas horas más tarde, por lo que debe aprovecharse la reacción para seguir inyectando por la vía hipodérmica.

Otras veces, según el caso, convendría empezar por la vía hipodérmica y aprovechar su efecto para practicar la transfusión venosa, pues para emplear la primera basta cualquier jeringa ó simplemente la aguja con el tubo de goma y la ampolla de suero, que siempre pueden procurarse, mientras que el abrir la vena supone cierta práctica y material quirúrgico que no siempre hay á mano. Además, hay para esto la dificultad de procurarse un ayudante de momento, que es indispensable.

Por eso la inyección intravenosa se practica generalmente en la clínica, donde no falta ningún elemento para su perfecta ejecución. Muy numerosas son las indicaciones de la inyección de agua salada en las venas con motivo de la pérdida rápida ó súbita del líquido sanguíneo.

1.° *Heridos* en los talleres, minas, ferrocarriles, etc., de traumatismos con fracturas conminutas, anulación de miembros y desgarros de vasos.

Jayle (1) cita un caso de tentativa de suicidio, en la que el desgraciado quiso degollarse con una navaja de afeitar. Este traumatismo enorme, aunque insuficiente sin embargo para producir la muerte inmediata, dió lugar á tal hemorragia, que al llevar el herido al hospital estaba en estado de muerte aparente. En el acto se inyectaron por la vena cefálica 900 gramos de suero. El enfermo recobró en seguida el conocimiento, y se pudo practicar la ligadura de las tiroídeas, sobreviviendo á su horrible herida.

El eminente operador ginecólogo Richelot practicó hace poco una histerectomía vaginal, teniendo la desgracia de que una pinza se desprendiese, produciéndose una hemorragia de la uterina, muy considerable. Se hizo rápidamente un taponamiento; pero como la enferma entraba en período agónico, se la inyectaron *1.800* centímetros cúbicos de suero, que no sólo la volvieron á la vida, sino que curó después perfectamente.

2.° *Operados* en los que la hemostasia puede haber sido insuficiente, ya porque la región se presta mal, ya por tratarse de hemorragias cavitarias en *nappe*, como ocurre en los cánceres buco-linguales y en las operadas de histerectomía cuando las pinzas se quitan muy pronto.

3.° *Parturientes* con hemorragias grandes, ya por lesiones mitrales, inercia uterina ó implantaciones viciosas de la placenta.

---

(1) Jayle: *Injections intraveineuses de serum artificial*. (*Presse Médicale*, 1896, Janvier.)

El profesor Landouzy cita un caso de una mujer de treinta años, embarazada, con inserción viciosa de la placenta, en cuyo parto se produjo una hemorragia tan formidable que la enferma quedó casi cadavérica. Inmediatamente se la inyectaron por la cefálica *1.500* gramos de agua salada, y el efecto fué inmediato. Una verdadera resurrección se operó en seguida.

Faney (1) presenta diez y siete observaciones de parturientes con hemorragias abundantes, unas por intervención quirúrgica, otras por placentas previas, en las que la inyección de suero, á dosis variables entre 80 y 1.200 gramos, produjo resultados muy favorables.

4.° *Enfermos en los que rápida ó súbitamente se produce una hemorragia que pone en peligro su vida.*—Es frecuente este síntoma en los afectos de cáncer y úlcera del estómago, así como en el tercer septenario de la fiebre tifoídea, en los que las *hematemesis* y las *hemorragias intestinales* suelen terminar con ellos. En estos casos convienen dosis de suero de 1.000 á 1.500 gramos; y si se trata de un tífico con hemorragia intestinal, es muy útil, á la par que la inyección venosa ó celular de suero, inyectar con una sonda rectal, por el ano, dos litros de suero Hayem, que, al mismo tiempo de combatir la depleción vascular, facilitan la hemostasia de la úlcera intestinal.

5.° Existen otras hemorragias terribles en las que hay que intervenir con las inyecciones masivas de suero. Nos referimos á las grandes *hemoptisis* á repetición, que en pocas horas pueden llevar al tísico cavernoso al colapso mortal.

En estos casos el suero no sólo evita los efectos de depleción sanguínea, sino que obra como un excelente *hemostático*, según las experiencias de Hayem.

—

Mas no es sólo en la hipotensión vascular por pérdida de sangre donde la sueroterapia artificial masiva tiene toda su importantancia. La hemos visto producir verdaderas resurrecciones, verdaderos efectos prodigiosos en casos desesperados; pero abarca aplicaciones de entidad tal para el médico, que en la esfera de su práctica le ha de resolver problemas tan complejos y graves como los anteriores.

Vamos á enumerar algunos de ellos.

*Intoxicaciones agudas* voluntarias, accidentales ó criminales, cualquiera que sea el origen de la toxemia: alimentos, medicamentos, gases mefíticos, etc. En estos casos se impone también la inyección salina.

---

(1) Faney: *Du traitement des hemorragies par le serum salé.* París, 1896.

En primer lugar, toda intoxicación produce depresión; mas prescindiendo de esto, que por sí solo indica el suero, hay que reconocer la acción diluyente y eliminatoria de una gran masa líquida que penetra rápidamente en el organismo.

Las intoxicaciones por el ácido fénico, los hongos, carnes en putrefacción, pescados atrasados y, en general, toda ingestión de ptomainas, son justiciables de la sueroterapia masiva.

*Enfermedades infecciosas*: fiebres.

Nada hay en materia de transfusión serosa que se oponga á tratar las toxi-infecciones post-traumáticas ó post-operatorias de la misma manera que las fiebres infecciosas comunes, por los muchos grados de semejanza que entre estas infecciones existen.

El herido ó el operado, postrado, con aspecto tífico, la lengua seca, orinas raras, pulso depresible, enfriamiento de las extremidades, amenazado de colapso, hipertérmico é hipotérmico, está colocado, por la compleja serie de causas patógenas que le afectan, en un verdadero terreno de toxi-infección tífica, ya por las infecciones endógenas (reabsorción de toxinas microbianas, celulares, etc.), ya por las exógenas (estreptococos, estafilococos, etc.).

La inyección serosa en estos enfermos está formalmente indicada como el primero de los viáticos, como la mejor indicación estimulante, depurativa y antitóxica, como una verdadera tabla de salvación de enfermos desesperados.

Michaux (1) cita más de treinta casos de peritonitis séptica y otros accidentes graves consecutivos á infecciones quirúrgicas, en los que la sueroterapia produjo excelentes efectos.

Pero el caso más sensacional que tenemos á la vista, y que no debemos pasar en silencio, es el que refiere el eminente cirujano Lejars como ejemplo de infección intensa, traumatismo é intervención quirúrgica.

Se trata de un hombre joven que recibe en el vientre una coz de un caballo. Transportado al hospital Beaujon, tenía los siguientes síntomas: facies muy pálida, facciones descompuestas, ojos hundidos, pulso pequeño y á 130, lengua seca, temperatura de 36,4°. El vientre está timpanizado y muy doloroso á la presión; vómitos negros, fétidos, fecaloídeos. La laparotomía se practicó á las cinco de la tarde, unas seis horas después del accidente, en condiciones bien poco favorables. Abdomen lleno de materias fecales y pus, rotura del intestino delgado, reunión de los bordes de la herida por un solo plano sero-muscular. Veinticuatro horas después se presentó una peritonitis difusa que hacía esperar poco del paciente.

---

(1) Michaux: *Des injections intraveineuses de serum artificial et du traitement de la septicemie post-operatoire.* 1896, 8 Janvier.

Le inyectaron 500 grámos de suero Hayem por la vía subcutánea. Al día siguiente, por la mañana, el enfermo parecía moribundo, y el pronóstico unánime fué el de que no saldría del día. Se continuaron las inyecciones de suero por la vía subcutánea: 500 gramos por la mañana y 500 gramos por la tarde; á las cuarenta y ocho horas de la operación, 7 de Octubre de 1896, el estado continuaba desesperado; las regurgitaciones fecales son constantes; no se siente el pulso radial; las extremidades están frías, el vientre sigue timpanizado; la temperatura, 39°,5. En este momento, primera inyección intravenosa, 1.500 gramos en la mediana cefálica derecha.

Otras dos inyecciones intravenosas de 1.500 gramos fueron puestas por el interno, en la tarde y noche; temperatura, 38°,2.

El día 8 el pulso es mejor; temperatura, 37°,8; los vómitos son menos frecuentes.

Tres inyecciones intravenosas de 1.500 gramos á 2.000 gramos cada una. Temperatura por la tarde, 37°,8.

El 9, la diuresis comienza á ser considerable; diarrea profusa; temperatura de la mañana, 36°,8; por la tarde, 38°; tres inyecciones como la víspera.

El 10, temperatura la misma mañana y tarde; el pulso, reanimado. Los vómitos han cesado; la diarrea persiste; las orinas, muy abundantes, no contienen ni albúmina ni glóbulos rojos. Tres inyecciones.

El 11, estado general continúa mejorando; tres inyecciones; poción opiácea contra la diarrea.

El 12, la mejoría se mantiene por dos días; se suspenden las inyecciones.

El 14, orinas poco abundantes, más coloreadas. A las ocho de la mañana, el enfermo vomita; el pulso es un poco frecuente; la cara, más contraída y triste. Se inyectan, al medio día, por la tarde y por la noche, un total de 4.500 gramos de suero en este día.

Al día siguiente, 15 de Octubre, tres últimas inyecciones son practicadas.

El enfermo recibió en su sistema venoso, en nueve días, la cantidad de *26 litros* de suero, sin contar los 1.500 gramos que le pusieron hipodérmicamente el día de la operación.

Después de algunos accidentes y peripecias, el enfermo curó.

Historias como ésta no creemos necesitan comentarios.

Pero más recientemente, y en apoyo de los hechos sentados, el mismo Lejars (1) cita casos de infecciones agudas y crónicas, tratadas con éxito por la sueroterapia. El primero es una rotura de em-

---

(1) Lejars: *Nouvelle contribution à l'étude du lavage du sang dans les infections.—Presse médicale*, 1896. 13 Mai.

barazo tubario con laparotomía consiguiente, que curó en pocos días con unos seis litros de suero.

En 25 casos de perforación intestinal por tifus, tratados por laparotomía, seis curaron gracias al suero.

Septicemias traumáticas, operatorias, puerperales, septicemias médicas, que en el fondo son lo mismo consideradas en su fisiología patológica, y cuantas toxi-infecciones conocemos, cualquiera que sea su origen, justifican la *sueroterapia máxima* como un heroico recurso para luchar contra la muerte en casos desesperados.

Es práctica corriente, y cada vez se extenderá más, su empleo en el cólera, la fiebre tifoidea, tifus exantemático, fiebres eruptivas malignas, en las infecciones estreptocócicas, estafilocócicas y pneumocócicas.

Así vemos á Landouzy tratar á sus pneumopáticos, pneumocócicos, asténicos y á sus dotinentéricos deprimidos y orinando mal, por inyecciones diarias de 100 gramos de suero artificial en la pared abdominal, con éxitos notables.

P. Delbet (1), que propone designar el lavado de la sangre con el nombre de *hematocatarsis* (cuya etimología griega significa purificación de la sangre), apunta varias observaciones, dignas de interés, con las que completamos esta ya larga enumeración de casos clínicos en favor de la sueroterapia.

El primer caso es el de un individuo con una erisipela muy grave del cuello y de la cara, en el que las inyecciones de suero antiestreptocócico no dieron resultado, y se obtuvo la curación por grandes inyecciones de suero artificial.

El segundo caso se refiere á una joven en tratamiento en el hospital por un tumor blanco de la rodilla. Esta enferma es á la vez atacada de una angina y de síntomas pulmonares gravísimos que ponen su vida en peligro. Una sola inyección de suero de 1.500 gramos es suficiente para que todo desaparezca y se obtenga una rápida curación.

Por último, el tercer caso es un viejo traqueotomizado en el hospital Laennec por estenosis laríngea, que fué atacado súbitamente de fenómenos urémicos y estado comatoso completo. Las orinas, escasas, tenían gran cantidad de albúmina. Se le inyectan en doce minutos dos litros de suero. Inmediatamente después de la inyección el enfermo recobra su conocimiento y se opera una verdadera resurrección. Desgraciadamente, por la tarde se repitió el acceso de coma urémico, sin dar tiempo á nueva inyección, y el enfermo sucumbió.

*¿Debe inyectarse suero á los anasárquicos cuyo riñón funcione mal?*

---

(1) P. Delbet: *De l'hematocatharsis.—Presse médicale*, 1896. Février.

Punto es éste que conviene dar á conocer por su mucha importancia en la práctica de la sueroterapia.

Al inyectar suero en un organismo cuyo sistema vascular está excesivamente lleno de líquido con presión en sus paredes, y que no pudiendo salir por el riñón, única vía, pasa por al tejido celular, se aumentará necesariamente la anasarca por la suma de líquidos, y el enfermo correrá grave peligro por el aumento de trabajo mecánico que se daría al corazón. No hay que olvidar que en los urémicos cardio-renales sus insuficiencias son á veces más mecánicas que discrásicas, y nuestra misión debe reducirse á quitar obstáculos, nunca á ponerlos.

Y sin embargo, el lavado de la sangre en estos enfermos puede ser utilísimo y realizar lo que ninguna otra medicación podría hacer.

Para lograr verificarlo en condiciones fisiológicas es preciso rebajar la tensión vascular antes de poner la inyección. Pudieran emplearse los purgantes drásticos, ventosas escarificadas, etc., pero generalmente en estos enfermos hay muy poco tiempo que perder y se necesita obrar rápida y seguramente.

¿Cómo? Practicando una sangría de 100 á 200 gramos, cuyos efectos son: 1.°, extraer rápida y directamente una suma de toxinas que nunca serían eliminadas por otra vía excrementicia; 2.°, rebajar la tensión vascular, que facilitará grandemente la disminución de los edemas; y 3.°, permitir por vía intravenosa la inyección de suero artificial.

### TÉCNICA DE LA TRANSFUSIÓN SEROSA

Generalmente, los sueros más usados en la sueroterapia máxima son el de Hayem y el quirúrgico ó fisiológico.

La primera condición que debe reunir el líquido á inyectar es la temperatura de 37°, principalmente cuando se aplica por la vía venosa; puede prescindirse, no obstante, de este requisito cuando se trate de la vía hipodérmica, siempre que la cantidad inyectada no exceda de 50 á 100 gramos; para la vía hipodérmica puede servir cualquiera de las numerosas jeringas construídas á este efecto, como el tipo Lüer, Roux ó cualquiera de las del arsenal quirúrgico, como la jeringa de hidrocele ó la de lavar la vejiga. Todas son igualmente utilizables, siempre que puedan sufrir, durante varios minutos, la ebullición.

Pero de ordinario se prescinde de toda jeringa, porque los sueros artificiales fabricados hoy reúnen condiciones de facilidad tal para su uso, que basta abrir los extremos de las ampollas que los contienen, para que la gravedad sea el único agente que les haga salir por la aguja en que termina el tubo inyector.

Las regiones que se utilizan para la vía hipodérmica suelen ser las trocanterianas, cara externa del muslo y las paredes del vientre.

Para las inyecciones intravenosas se elige de ordinario la mediana cefálica. Después de haber limpiado cuidadosamente la región y haberla anestesiado por la cocaína ó por el cloruro de etilo, se incinde la piel paralelamente á la vena, mientras un ayudante comprime la parte media del brazo para hacerla más saliente.

La vena, una vez denudada en una extensión de unos dos centímetros, se la aísla con la sonda acanalada, y se pasan por debajo dos hilos, uno para sujetar la vena á la cánula, y otro para impedir la salida de la sangre por la pequeña incisión que en la misma ha de hacerse; puede también emplearse con ventaja la safena interna en su parte inferior, sobre todo para las grandes inyecciones de 1.000 á 1.500 gramos. Existen al efecto cánulas de vidrio, que se adaptan á los tubos de las ampollas de suero, facilitando la operación.

Puede repetirse la inyección por la misma abertura de la vena antes de seis horas.

Verificadas estas operaciones con todo el rigor de la asepsia, no se observan nunca infecciones ni complicación de ningún género; como resumen de esta técnica, diremos que, en casos graves, el método de elección será el de la vía intravenosa, reservando el de la hipodérmica como medio de espera para emplear el primero en cuanto sea posible ó en casos de menos urgencia.

En conclusión: la sueroterapia artificial es un poderoso recurso terapéutico, del que no puede prescindir hoy el médico, ya ejerza en las grandes poblaciones, ya en los partidos rurales.

Si estas modestas indicaciones sobre tan importante materia pueden ser útiles á nuestros compañeros, recibiremos la mayor satisfacción.

Madrid y Enero de 1907.

---

## SEROTERAPIA É INMUNIDAD

### MODERNA TERMINOLOGÍA

POR EL DR. E. MAÑUECO VILLAPADIERNA

De la Beneficencia provincial de Madrid.

En el inmenso desarrollo que han adquirido en nuestro tiempo los estudios bacteriológicos, ha habido necesidad, á medida que nuestros conocimientos avanzaban, de hacer uso de muchas palabras nuevas.

La fiebre de investigación en estas materias no lleva trazas de

acabar, sino, por el contrario, aumenta; y como á cada nuevo hecho experimental sigue inmediatamente como corolario un nombre nuevo (el nombre de un cuerpo que, aunque no se conozca en su esencia, hay que llamarle de alguna manera), esto ha dado lugar á que estos nombres se hayan multiplicado de un modo extraordinario. Por otra parte, lós hechos nuevos traen como consecuencia nuevas teorías ó nuevas interpretaciones de los ya conocidos, y todo esto contribuye, naturalmente, á aumentar la terminología de que nos ocupamos.

Difícilmente puede encontrarse en ninguna rama de la medicina una materia tan sujeta á cambios y evoluciones como la bacteriología. Asusta el fárrago de publicaciones que continuamente salen á luz y el trabajo experimental que esto supone. Todos los Institutos de Patología alemanes (para no hablar más que de los de esta nación) tienen una de sus secciones más importantes destinada á la bacteriología.

Todos los Institutos de Higiene cuentan igualmente como base principal de sus tareas los estudios bacteriológicos, y auxiliando á éstos y á aquéllos y llevando, por decirlo así, el portaestandarte del movimiento bacteriológico, existen otros dedicados exclusivamente á estos estudios, á cuyo frente se encuentran personalidades cuyos nombres son ya una garantía de sus publicaciones. Como tipo de estos últimos, sólo quiero citar el Instituto de enfermedades infecciosas de Berlín, que dirige actualmente Gaffky (hasta hace poco le dirigió Koch), y el de Experimentaltherapie, á cuyo frente se encuentra Ehrlich. *El primero* es tan conocido, y la labor en él realizada tan extensa, que no habrá nadie que lea trabajos de esta índole que no se encuentre constantemente con los nombres de los bacteriólogos más notables, pues de él y de la escuela en él fundada han salido, además de Koch, su iniciador, nombres tan respetados como los de Ehrlich, Behring, Pfeiffer, Gaffky, Kitasato, Kolle, Wassermann y otros. *El segundo*, el de Experimentaltherapie, establecido en Frankfurt am Mein, fué una especie de recompensa del Gobierno para premiar los notables trabajos de Ehrlich, siendo construído en esta ciudad (á ruego suyo) por ser la cuna de su nacimiento y ser donde él quería vivir.

La misión de este Instituto no puede ser más importante. El Gobierno alemán comprendió muy pronto la trascendencia de la seroterapia, y comprendió también que, siendo estudios nuevos y muy expuesta la materia, por la naturaleza del asunto, á ser objeto del industrialismo, era necesario dar al público una seria garantía de que los sueros que usara habían de ser eficaces. Con este objeto se pensó en crear un Instituto que se encargara, no sólo de la fabricación de estos sueros, sino de la comprobación de los obtenidos en

otros Institutos, los cuales, sin el análisis y la autorización del Instituto de Frankfort, no sólo no pueden ser vendidos, sino que pueden ser recogidos de la venta cuando el Instituto así lo disponga, si por el análisis de éste se comprueba que han perdido su eficacia.

Al frente de este Instituto se puso á Ehrlich, y además de la tarea oficial que tiene, ha realizado trabajos de tal importancia, que no tardó este centro en adquirir fama universal. Una de las causas que más han contribuído á su buen nombre ha sido la famosa teoría en cadena de Ehrlich, acerca de la inmunidad, que también explica todos los hechos de ella y que tan alto pone de manifiesto el valor de su autor. En la actualidad se ocupan Ehrlich y sus auxiliares, principalmente, del problema del cáncer; y sus trabajos experimentales, acerca de este tumor en los ratones, son seguidos con gran atención por los hombres de ciencia de todos los países, y de ellos se espera una base firme para resolver este problema etiológico, en cuya aclaración tantos obreros de laboratorio están ocupados.

A los modernos trabajos acerca de inmunidad y seroterapia, no han sido sólo los alemanes los que han contribuído, sino que han encontrado importantísimos auxiliares en la escuela francesa. Bien conocidos son, entre otros, los trabajos de Roux, de Metschnikoff, de Bordet y otros autores franceses, acerca de las toxinas, fagocitosis, precipitinas, hemolisis, etc.

Muchos de estos estudios han sido realizados simultáneamente en una y otra nación. Otros lo han sido también, al mismo tiempo, por observadores del mismo país. Y ha ocurrido también que por celos de investigadores, patriotismo más ó menos justificado, convencimiento personal ó prurito de originalidad, no hayan sido aceptados nombres dados á cuerpos determinados, por autores que los habían ya descrito, ó se hayan hecho denominaciones para pretendidos descubrimientos, que no han sido tales descubrimientos, ó se hayan cambiado los nombres existentes y reconocidos por todo el mundo, para sustituirlos por otros de timbre más ó menos sonoro.

Todo esto ha dado lugar á que en el fárrago de publicaciones que cada día aparecen acerca de estas materias, el autor haga uso de las expresiones que sean más de su agrado, según los tratados que haya leído ó el grado de convencimiento que éstos hayan llevado á su ánimo. Esto da al lenguaje empleado en las doctrinas modernas de inmunidad y seroterapia una cierta anarquía y una difícil comprensibilidad.

Ahora bien: las doctrinas modernas acerca de la inmunidad y seroterapia interesan en alto grado á todas las especialidades, porque cualquiera que sea la rama de la medicina á que se dediquen los lectores de la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, no podrán prescindir nunca de la infección ni de los medios de pre-

venirla ó curarla. Un especialista medianamente ilustrado, ó un médico general que quiera explicarse los síntomas que ve en el organismo enfermo, ó en contrarrestar los efectos de la infección por la moderna terapéutica de los sueros, tiene que dedicar á estos estudios una atención preferente. Esta atención no pretendo que sea de bacteriólogo ni de hombre de laboratorio: para éstos no escribo yo, pues éstos deben saber todo lo que yo digo. Yo me dirijo únicamente al especialista y al médico práctico, al que hace clínica y tiene que combatir la infección; en una palabra, á los médicos que visitan enfermos.

Yo he pensado que estos clínicos, cuando quieran orientarse rápidamente en las doctrinas modernas acerca de la inmunidad y seroterapia, les puede muy bien suceder lo que me ha sucedido á mí cuando quise estudiar la seroterapia como tratamiento de la fiebre puerperal. Yo creía que esto era una tarea muy fácil, y que todo se reducía á adquirir una obra que tratara de esta materia y á leer los capítulos que se refirieran al objeto del estudio que pretendía hacer; pero, con bastante contrariedad, vi que en los libros en que se tratan estas cuestiones se encuentran muchos términos modernos de distintos autores, cuya significación se desconoce, y que el que escribe el libro da por conocidos, suponiendo en el lector una cultura bacteriológica mayor que la que desgraciadamente poseemos los que nos dedicamos preferentemente á la clínica.

Esto hace las más de las veces el libro que se pretende estudiar ininteligible, produce frecuentemente cierto desaliento, y hace que el médico práctico desdeñe con harta frecuencia estos estudios que tanta importancia tienen en la medicina moderna.

Para obviar estas dificultades, emprendí estando en Berlín un trabajo que aquí me hubiera sido imposible de realizar por falta de material, esto es, una labor de investigación por distintas obras, para aclararme los términos más usados en la materia de que me ocupo. Esta labor de busca la hice sin otro fin que el de mi ilustración personal. Después, apoyado en trabajos de varios autores, la dí mayor extensión, y hoy la ofrezco á la consideración de los lectores de la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas.

He de advertir de antemano que esta relación sola no basta para el perfecto conocimiento de las doctrinas modernas de seroterapia é inmunidad, sino que lo único que pretendo es hacer inteligible la lectura y el conocimiento de esta materia, ó á lo sumo proporcionar una orientación rápida á las personas que tengan algún conocimiento de ella: por eso he colocado los nombres por orden alfabético y me he limitado únicamente á las expresiones más usadas.

El conocimiento perfecto de la doctrina de la inmunidad y seroterapia exige naturalmente el estudio de las diferentes obras, gran-

des ó pequeñas, que de esto se ocupan, y esto no cabe en un artículo de una revista.

He aquí sucintamente la significación de los nombres con los que más frecuentemente nos tropezamos en estos libros y los autores que los han propuesto:

*Aglutinina* (Gruber y Durham).—Sustancia que se encuentra en el suero de la sangre de animales inmunes, la cual tiene la propiedad de apelotonar las bacterias. Esta acción es por regla general específica (reacción de Gruber y Vidal).

*Aglutinación por grupos.*—Acción de un suero, no sólo sobre una especie bacteriana, sino sobre otras especies afines.

*Aglutinoide.*—Forma inactiva de aglutinina, la cual, por diversos influjos externos (por ejemplo, el calentar el suero ó el guardarlo por mucho tiempo), pierde la facultad de aglutinación; sin embargo, permanece con la facultad de unir bacterias por el grupo haptóforo (sólo el toxóforo es el destruído por el calor y el tiempo). (Ehrlich.)

*Agresina* (Bail).—Sustancia formada ó segregada por las bacterias en cuerpos infectados, que paraliza ó neutraliza los medios de defensa que normalmente tiene el organismo, y da la posibilidad á las bacterias de reproducirse y extenderse. Por la introducción (inyección) de *agresina* en los animales se puede dar lugar en ellos al desarrollo de *antiagresina.*

*Alexina* (H. Buchner).—Complemento (Ehrlich), cytasa (Metschnikoff). Es una sustancia que existe normalmente en el suero de la sangre, que tiene la propiedad de matar las bacterias que allí penetran. Es muy sensible contra las influencias externas, y se destruye con sólo someterla á una elevación de temperatura (65°).

*Alexozytos* (H. Buchner).—Son las células que segregan la alexina (de Buchner), el complemento (de Ehrlich) y la citasa (de Metschnikoff).

*Allergia.*—Es un término que usa v. Pirquet para designar una alteración en la facultad de reaccionar las células, *un aumento de excitabilidad* (por ejemplo, la que tienen los tuberculosos para la tuberculina). Igual á *hiperexcitabilidad.*

*Ambozeptor* (Ehrlich).—Después de repetidas inyecciones de bacterias ó células sanguíneas, adquiere el suero de la sangre del animal la propiedad de disolver estas bacterias ó células sanguíneas (bacteriolisina, hemolisina). Si este suero se calienta hasta una temperatura de 56 grados, pierde esta propiedad, es entonces *inactivo.* Si se añade luego á este suero inactivo suero fresco de un animal *sano* á quien no se le haya hecho ninguna inyección previa como al anterior, vuelve á resultar *activo*; es decir, se presenta de nuevo la facultad de disolver las células ó bacterias. Obran, por consiguien-

te, aquí *dos sustancias*, una al lado de la otra: la una no específica, destruíble por el calor *termolabile*, la *alexina* (complemento citasa) que existe en el suero normal de la sangre, y la otra la específica, resistente contra el calor *termoestabile*; esto es, la *sustancia inmunizante* ó *ambozeptor* que se produce sólo cuando hay infección. Según la teoría en cadena de Ehrlich, el ambozeptor tiene dos grupos ó extremos de unión (haptóforos), de los que uno, el *citófilo*, tiene afinidad para las bacterias ó células sanguíneas, y el otro, el *complementófilo*, que se une ó combina con el complemento (alexina citasa). Este no tiene directamente acción disolvente ó neutralizante, sino solamente por mediación del ambozeptor. A éste se le llama también preparator (Gruber), fijador (Metschnikoff), sustancia sensibilatriz (Bordet). Cuerpo intermedio le llamaría yo en español.

*Anafilaxia.*—Denominación de Richet para indicar la elevación de la excitabilidad. Igual á alergia é hiperexcitabilidad celular.

*Antiaglutinina.*—Sustancia que se produce en los animales por inyección de suero que contenga aglutinina. La antiaglutinina impide, en los sueros donde existe, la aglutinación.

*Antiambozeptor.*—Este (anticomplemento antialexina) da lugar á la antihemolisina, que se produce por la acción de un suero hemolítico en otro animal.

*Antígeno* (Deutsch).—Sustancia que sirve para engendrar otras, productoras de cuerpos defensores del organismo. Esta defensa se obtiene inyectando toxinas, bacterias, glóbulos sanguíneos, etc., y todos estos cuerpos son, por consiguiente, antígenos.

*Anticuerpos* (Antistoffe).—Son los cuerpos protectores que aparecen como productos de reacción de los antígenos (bacterias, toxinas, etc.) sobre el organismo. Son sustancias específicas, y los principales son la antitoxina, hemolisina, citotoxinas, anticomplementos y antihemolisina. La palabra anticuerpo debe ser sustituída por otra que exprese un concepto algo más concreto.

*Antitoxinas* (v. Behring).—Sustancia que se produce como producto de reacción, por la inyección de toxina (difteria, tétanos). Por la antitoxina es la toxina respectiva neutralizada, pero no destruída; es decir, que se transforma en una combinación indiferente para el organismo. La antitoxina no tiene ningún poder sobre los bacilos que forman la toxina. Estos pueden vivir en ella, y sin embargo la toxina resulta neutralizada y el enfermo se cura.

*Antolisato.*—Extracto bacteriano, obtenido por cierta digestión de cultivos tíficos que se emplean en inyección contra esta enfermedad.

*Bacteriolisina* (R. Pfeiffer).—Sustancia que se forma y que queda en la sangre de hombres ó animales que naturalmente ó de un modo artificial han sufrido una infección (cólera, tifus, etc.), y que

produce la destrucción de estas bacterias, primero apelotonándolas y luego disolviéndolas (reacción de Pfeiffer).

*Citasa* (Metschnikoff).—Sustancia formada por los leucocitos que existe normalmente en la sangre, y que mata las bacterias que allí llegan; alexina (Buchner), complemento (Ehrlich).

*Citolisina* (Metschnikoff).—Sustancia que se forma en el cuerpo cuando se introducen en él células de diferente naturaleza. Si se inyectan espermatozoos se forma *espermatoxina,* que tiene la propiedad de paralizar los movimientos de la cola de los espermatozoos. Si se inyectan glóbulos blancos se forma *leukotoxina.* Si células renales, *nefrotoxina*; si células cerebrales, *neurotoxina.* La citolisina ó citotoxina obra de un modo específico, solamente cuando se emplea para su obtención un animal de la misma especie. Consta, como la bacteriolisina y hemolisina, de dos componentes, del complemento (alexina citasa) y del ambozeptor (cuerpo inmunizante). Después de una inyección de suero con citolisina se produce en el animal la anticitolisina, que neutraliza la acción de la citolisina (por ejemplo, se puede obtener la antiespermatoxina, etc.).

*Cuerpos inmunizantes* (Ambozeptor).—Son sustancias termoestábiles que resisten á la acción del calor. Partes constitutivas de la bacteriolisina y hemolisina.

*Debilitación* (ó abolición del poder de un suero).—Por la elevación de la temperatura de un suero á 65° es suspendida su acción eficaz á consecuencia de la destrucción de las sustancias volátiles (alexina complemento citasa). Por la adición de un suero normal recobra de nuevo su actividad.

*Desviación* (ó neutralización de la acción de los complementos).—Si se inyecta una gran cantidad de ambozeptores (cuerpos inmunizantes termoestabiles) de un animal en el suero de otro inmune naturalmente, llegan los complementos (alexina citasa) que existen normalmente en la sangre á ser impedidos en su acción, puesto que no pueden ponerse en contacto con las bacterias; así que esta inyección de ambozeptores no ofrece protección, sino exageración de la receptividad para la infección (Neisser y Wechsberg).

*Diagnóstico del tifus* (Fikert).—Dilución ó emisión de bacterias del tifus (muertas). Este líquido se puede conservar en actividad y utilizarle para el diagnóstico del tifus (Vidal y Gruber) y del diferencial del paratifus.

*Endotoxina.*—Venenos contenidos en el cuerpo de las bacterias, que al morir y disolverse éstas (por ejemplo, en la inmunización bacteriana) se hacen libres y pueden dar lugar á la intoxicación del individuo.

*Enfermedad del suero* (v. Pirquet).—Es un cuadro sintomático descrito por este autor, que se presenta en personas á quienes se ha

hecho repetidas inyecciones de un suero animal (por ejemplo, suero antidiftérico del caballo), caracterizado por exantemas, edemas, dolores articulares, inflamaciones glandulares, etc. Estos síntomas se presentan sobre todo, de un modo violento, cuando las inyecciones de suero son repetidas y las dosis grandes. Con una inyección sola son muy raras.

*Estimulinina* (Metschnikoff).—Sustancia excitante de la actividad de los leucocitos para animarles á la fagocitosis.

*Fase negativa.*—Se llama así al período que transcurre en la inmunidad activa (tifus con cultivos muertos) desde la inyección hasta la entrada de la inmunidad, en cuyo período hay mayor receptibilidad para la infección.

*Fagocitosis* (Metschnikoff).—Es la ingestión de bacterias ú otras sustancias dentro de las eélulas (casi siempre leucocitos), por cuyo mecanismo el organismo se ve libre de ellas.

*Fagolisis.*—Destrucción de los leucocitos por la ingestión en su interior de sustancias que les son dañinas. Esta acción puede producirse por la inyección en la cavidad abdominal de un animal de experimentación de una solución salina al 0,8 por 100, y con esto debilitar ó anular en él la fagocitosis. La fagolisis no se presenta en animales á los que el día anterior se les ha hecho una inyección peritoneal de caldo, puesto que entonces se ha provocado en ellos una generación de leucocitos resistente contra la fagolisis.

*Fijador* (ambozeptor, cuerpo inmunizante).—Según Metschnikoff, el cuerpo inmunizante del suero bactericida, que él llama fijador, lo que hace es adherirse á las bacterias, y de este modo las paraliza, haciéndolas fácil de ser ingeridas por los glóbulos blancos.

*Grupo citófilo* (Ehrlich) (ambozeptor).—El grupo citófilo es el que se une á las bacterias ó células sanguíneas, en contraposición al complementófilo, que lo hace al complemento (alexina citasa).

*Grupo toxóforo.*—Es el grupo atómico del núcleo secundario, que es propiamente el que neutraliza la toxina.

*Haptina* (Ehrlich).—Nombre genérico para designar todas las sustancias ó cuerpos que son capaces de unirse con los eslabones laterales de las células.

*Haptóforo* (grupo).—Parte integrante del ambozeptor, cuerpo intermediario entre la haptina y las células. Una toxina, por ejemplo, tiene dos extremos (grupos): haptóforo y toxóforo. Por el primero es unido el veneno á la célula si la toxina encuentra un intermediario adecuado, es decir, adaptable á la célula (especificidad).

Para esto es necesario que el grupo haptóforo de la toxina encaje en el grupo haptóforo de la célula, como la llave encaja en la cerradura; sólo entonces entra el grupo toxóforo en actividad, y disuelve ó neutraliza la acción nociva del veneno tóxico.

*Hemolisis.*—Salida de la hemoglobina de los glóbulos rojos (del estroma) y disolución de ésta en el suero.

*Hemolisina* (Belfanti, Carbone, Bordet, Ehrlich y Morgenroth).—El suero de una especie animal A, á quien repetidamente se le inyecta suero de otra especie animal B, adquiere en el A la particularidad de disolver los glóbulos rojos de otro animal de la especie B. Esto es: si á un conejo, por ejemplo, se le inyecta repetidamente sangre de un perro, la sangre de este conejo adquiere la propiedad de disolver la sangre ó los glóbulos rojos de otro perro (*heterolisina*), y además de apelotonar la sangre de otro animal de la misma especie (conejo) (hemaglutinina). La hemolisina consta, como la bacteriolisina, de alexina (complemento citasa) y ambozeptor (cuerpo intermediario fijador). Por la inyección de sangre de la misma especie, por ejemplo, sangre de cabra, en otra cabra, se obtiene *isolisina*, esto es, hemolisina que disuelve los glóbulos rojos de otra cabra, pero no de la misma, la cual queda inmune para la acción de estos glóbulos; esto quiere decir que no se forma *autolisina*. Por la inyección de suero hemolítico en otro animal aparece la antihemolisina, la cual paraliza la acción hemolítica. La antihemolisina se compone de antialexina (anticomplemento, etc.) y del antiambozeptor.

*Inmunidad activa* (Ehrlich).—Inyección con bacterias vivas, atenuadas en su virulencia ó muertas, las cuales provocan en las células orgánicas la producción de materias inmunizantes ó protectoras contra la bacteria de que se intenta preservar al organismo.

*Inmunidad pasiva.*—Inmunización por inyección de suero de animales previamente inmunizados (suero antidiftérico, antitetánico, etc.), en la cual el enfermo recibe la materia preservadora ya en forma activa elaborada en el organismo de otro animal, al paso que en la inmunización activa la tiene que elaborar el mismo organismo al cual se le han inoculado para ello bacterias atenuadas ó muertas ó no atenuadas.

*Inyección mixta.*—Si se mezclan lo mejor posible diferentes razas de una especie bacteriana y luego se inyectan en un animal, se ve que las diferentes razas de la misma especie son también diferentes en su modo de obrar y en la arquitectura de sus aparatos de recepción molecular. (Wassermann.)

*Inyección simultánea.*—Combinación de la inmunización activa y pasiva, esto es, la inyección de bacterias (vivas ó muertas) y del suero producida con las mismas en otro animal (por ejemplo, cultivo diftérico y suero de caballo, antidiftérico).

*Komplemento* (Ehrlich).—Parte alterable de un suero bacteriolítico ó hemolítico (volátil), que tiene la propiedad de matar y disolver

las bacterias ó células. Según Ehrlich, el complemento tiene un grupo haptóforo y otro zimóforo (zymotóxico). Este grupo es el portador de la acción destructora *lítica*. Al calentar el suero este grupo se destruye, mientras el haptóforo permanece inalterable. Este suero, calentado, conserva todavía la facultad de unión por el grupo haptóforo, pero no la acción destructura ó neutralizante del veneno tóxico; por eso se llama *complementoide*. Por la inyección de complemento, esto es, suero normal en otros animales, se obtiene anticomplemento, el cual neutraliza la acción del complemento. También, por inyección de complementoide (suero calentado), se obtiene anticomplemento. El complemento de Ehrlich es igual á la alexina de Buchner y la citasa de Metschnikoff.

*Latenzeit* llaman los alemanes al tiempo que tarda la toxina en llegar á las células y producir efectos manifiestos (incubación).

*Leucozidina* (van de Velde).—Producto segregado por los estafilococos, que obra de un modo nocivo sobre los leucocitos. Por inyección de leucocidina en los animales se obtiene antileucocidina, que neutraliza la acción de esta sustancia.

*Lo : L* † (Ehrlich).—Iniciales empleadas en el Instituto de Frankfurt am Mein en la técnica de comprobación de sueros.

*Lo* (toxina menos activa).—Designa la dosis de veneno tóxico que puede ser neutralizada por la unidad de inmunidad de un suero antidiftérico; de modo que si se inyecta un animal con la mezcla de las dos, *toxina* y *suero*, queda completamente sano éste.

*L.* † (tot, toxina más activa).— Esta inicial designa la dosis mortal de toxina, esto es, la cantidad de ésta en la cual, á pesar de añadírsela una unidad de inmunidad de un suero antidiftérico, no es capaz de neutralizar la toxina; así que el conejillo al cual se le inyecta la mezcla de las dos teniendo un exceso de toxina en la sangre, muere generalmente en un plazo de cuatro días.

*Opsonina* (Wrigth).—Es una sustancia existente en el suero normal de la sangre, que tiene la propiedad de excitar en los leucocitos su fagocitosis. En contraposición con las sustancias bacteriotrópicas, la opsonina es destruída por la elevación de temperatura á 65°.

*Opsónico* (índice).—Relación entre la acción opsónica del suero de un enfermo y el de un sano. Este índice se averigua lavando primeramente los leucocitos con la solución fisiológica de cloruro de sodio para librarles del suero de la sangre que puedan llevar adheridos, poniéndolos después en contacto con la especie bacteriana que provoque la enfermedad, y viendo entonces el número de bacterias que son digeridas por los leucocitos. En el suero normal, este número es de cinco. Si en el del enfermo vemos que es cuatro, el índice opsónico será 4 : 5 = 0,8.

*Piozianasa* (Emmerich).—Es un fermento proteolítico que se forma en los cultivos del bacilo pioziánico, que tiene la propiedad de disolver otras bacterias.

*Precipitina* (R. Kraus, Bordet y Tschistowitsch).—Es una sustancia específica que se produce en el suero de los animales, tratados bien por el líquido obtenido de cultivos filtrados ó bien por sustancias albuminoídeas extrañas (suero sanguíneo, leche, etc.; precipitina de bacterias, precipitina de albúminas). Estos sueros con precipitina tienen la propiedad de hacer precipitar una solución transparente que contenga algo de la sustancia que se ha empleado para preparar al animal. Para obtener suero que contenga precipitina, se hace uso del caballo inyectándole sangre humana repetidamente. Este suero da lugar á un precipitado cuando se le hace actuar sobre una solución clara que contenga sangre humana, pero no produce precipitación cuando esta sangre es de otro animal (sólo en grado pequeño con la del mono). Esto tiene importancia en medicina legal y está ligado con la doctrina de la especificidad de las albúminas, una de las conquistas modernas más combatida. Por inyección de suero de un animal en el que se le ha hecho producir precipitina en otro normal, se obtiene la *antiprecipitina*, que neutraliza la acción del suero que contenga precipitina.

*Precipitoide*.—Forma inactiva de precipitina, que se obtiene calentando el suero con precipitina hasta 60° (lo mismo que el toxoide aglutinoide, etc.). Se une también, como la precipitina, con las sustancias precipitables (precipitógenos); sin embargo, el precipitado específico no se produce en él, aunque se le añada precipitina activa.

*Preparator* (Gruber) (sinónimo de amboceptor, cuerpo intermediario, inmunizante).—Sustancia termostabile del suero bacteriolítico ó hemolítico, que hace aptas á las bacterias ó glóbulos rojos para que se puedan unir con la alexina (complemento citasa), esto es, las prepara: de aquí el nombre preparador.

*Reacción de Vidal y Gruber*.—Apelotonamiento de las bacterias por un suero inmune homólogo (importante para el diagnóstico del tifus).

*Reacción de fijación* (Bordet Gengon Moreschi).—Al encontrarse los anticuerpos (bacteriolisina, hemolisina, precipitina, etc.) con sus antígenos (bacterias, glóbulos rojos, albúminas, etc.), se apoderan de los complementos para poder verificar esta unión. Se puede deducir de este acaparamiento si en una mezcla formada por bacterias y el suero inmunizado por ellas (ó por suero precipitable y precipitina, etc.), si en este suero existen anticuerpos ó no (hemolisina, bacteriolisina, precipitina, etc.).

La experiencia se hace añadiendo á esta mezcla suero sanguí-

neo calentado á 65°, con lo que se ha destruído su acción hemolítica. Si esta hemolisis en la mezcla no tiene lugar, esto significa la unión del complemento, y por consiguiente, la existencia de anticuerpos en el suero que se investiga. Si la hemolisis tiene lugar, esto demuestra que no quedan en este suero más anticuerpos ó que existen sólo en pequeñísima cantidad. Esto es lo que se llama reacción de fijación.

*Receptores* (Ehrlich).—Son grupos atómicos de las células, á los cuales se adhieren ó unen otros grupos atómicos de cuerpos extraños al organismo introducidos en él (toxinas, etc.).

Ehrlich distingue *tres clases de receptores*. Los receptores de la primera y segunda clase los considera como *uniceptores;* los de la tercera como *amboceptores*. Los receptores de la *primera clase* están caracterizados por tener solamente un grupo haptóforo específico. Sus principales representantes son las *antitoxinas*, que tienen únicamente la función de apoderarse ó sujetar las *toxinas* para hacerlas inofensivas. Los receptores de la *segunda clase* poseen además del grupo haptóforo otro específico zimóforo (celular), grupo funcional, con el cual obran sobre las sustancias unidas (bacterias, albúminas). A esta segunda clase de receptores pertenecen la *aglutinina* y *precipitina*. Las formas inactivas del grupo zimóforo, obtenidas por una elevación de temperatura hasta 65°, se llaman aglutinoide, precipitoide, etc. Los receptores de la *tercera clase* son los *amboceptores*, que están caracterizados por *dos* grupos haptóforos; éstos son el *citófilo* y el *complementófilo*.

*Sincitolisina* (Weichardt). — Es un producto que se obtiene inyectando células trituradas en un animal. El suero de éste contiene entonces sincitolisina. Una mezcla de suero y células trituradas es tóxica, porque las endotoxinas de éstas se hacen libres en el suero por citolisis.

*Suero bacteriotrópico* (Neufel y Rimpau).—Suero antiestreptocócico y antineumónico, que ayuda á los fagocitos á tragarse los estreptococos ó neumococos. Aun calentados á 65°, conservan su acción estos sueros.

*Suero inmunizante*. — Por la inyección de diferentes antígenos (cuerpos engendradores de inmunidad) se obtiene un suero que obra de un modo específico (bacteriolítico, antitóxico, etc.) sobre los correspondientes antígenos (toxinas, bacterias, glóbulos rojos, etc.).

*Suero mixto*.—Este se obtiene por la inyección de diferentes razas de una especie bacteriana. (Se usa en las epidemias de los cerdos.)

*Suero normal*.—Se llama así al suero antidiftérico, del cual un centímetro cúbico es capaz de neutralizar un centímetro cúbico de toxina normal (unidad tóxica).

*Suero polivalente.*—Es una mezcla de sueros obtenidos de varias especies animales inmunizadas, por cuya mezcla se busca la mayor probabilidad de que los amboceptores del suero inmunizante (que tienen que ser varios, puesto que varios son también los sueros), alguno de ellos en la sangre del animal inyectado convenga al complemento que en ésta existe y se obtenga el efecto deseado.

*Sustancia sensibilatriz* (Bordet).—Es lo mismo que el amboceptor de Ehrlich, el preparador de Gruber, ó lo que hemos antes denominado cuerpo intermediario. Es la parte resistente al calor de un suero inmune que, según Bordet, hace sensibles (receptibles) á las bacterias ó glóbulos sanguíneos, para la acción de la alexina (complemento citasa), de modo que entonces ésta llena fácilmente su cometido; esto es, disuelve ó destruye rápidamente las bacterias, después de haber sido éstas sensibilizadas por la sustancia sensibilatriz.

*Teoría en cadena de Ehrlich.*—Cada célula viva, según Ehrlich, consta de un centro de actividad ó núcleo principal, y de una serie de centros secundarios ó eslabones laterales unidos al principal, *los receptores*. Estos sirven, en circunstancias ordinarias de la vida, para la nutrición del protoplasma, pues todas las sustancias llegadas de fuera del organismo son atraídas por estos centros laterales y preparadas para la nutrición del núcleo principal; pero pueden también atraer y unir otras sustancias además de las nutritivas, por ejemplo, las *toxinas*. Para esta combinación tienen estos grupos atómicos (eslabones laterales ó centros secundarios) determinados órganos de prensión; éste es el grupo atómico llamado *haptóforo*.

A este grupo haptóforo de la célula tiene necesariamente que adaptarse el grupo atómico haptóforo de la sustancia introducida en el organismo, la toxina (haptina), para producirse la inmunidad; pero este adaptamiento ó unión sólo tiene lugar cuando el grupo haptóforo de la cadena celular conviene exactamente con el grupo haptóforo de la toxina (haptina) como una llave á una cerradura; si no, no se unen. Cuando convienen uno á otro, el grupo tomado por la haptina determina para la vida de la célula, principalmente para su nutrición, un defecto. La célula compensa entonces este defecto por la formación de mayor cantidad de eslabones ó centros secundarios; pero siguiendo una ley fisiológica, no sólo compensa este defecto, sino que le sobrepasa; es decir, hay un exceso de generación de centros secundarios, de receptores, que son desprendidos de la célula y caen en la sangre. Estas son las *antitoxinas*, etc., que neutralizan la acción de las toxinas é impiden que éstas lleguen á las células, y de este modo se produce la inmunidad.

La teoría puede todavía aclararse mejor así: Un veneno es solamente nocivo al organismo de aquellos individuos que poseen en de-

terminadas células una sustancia capaz de hacer unir este veneno á las células. Las partes ó territorios celulares á las cuales puede ser unido el veneno, son los núcleos secundarios ó eslabones laterales de la célula. Estos son los *receptores*. Las antitoxinas se originan cuando estos núcleos secundarios ó eslabones son desprendidos de la célula y pasan á la sangre. Los mismos órganos ó células, que tienen una atracción específica para la molécula tóxica, son también los productores de la correspondiente antitoxina. Las antitoxinas son, durante el tiempo que dura el proceso de inmunización, continuamente desprendidas de los núcleos laterales ó eslabones, y éstos son continuamente también regenerados. Son, por consiguiente, partes constitutivas de la célula que se encuentran disueltas en la sangre. Completamente igual es este fenómeno, si en lugar de ser una toxina la que lo engendra son bacterias ó glóbulos rojos, dando lugar también á anticuerpos como bacteriolisina, hemolisina, etc.

*Tetanolisina, Tetanoespasmina.*—Son partes constitutivas de la toxina del tétanos. La tetanolisina disuelve los glóbulos rojos. La tetanoespasmina es la que origina los característicos espasmos tetánicos. Correspondiendo á estos dos componentes de la toxina del tétanos, por inyección de ella en un animal se origina á su vez antitetanolisina y antitetanoespasmina. No es sólo el tétanos, también otras toxinas contienen varias partes constitutivas; así, por ejemplo, el veneno de las serpientes tiene cuatro toxinas diferentes, que cada una produce un efecto distinto.

*Toxinas.*—Son productos del metabolismo de las bacterias solubles en agua. Son formadas tomando las bacterias los jugos orgánicos y segregándolas en éstos después de transformar en su interior lo que han asimilado. Pueden ser también formadas por otros organismos vegetales ó animales. Se diferencian de los venenos químicos por su gran resistencia contra el calor, porque necesitan un cierto período de incubación para producir sus efectos nocivos y porque son capaces de dar lugar á la formación de una antitoxina específica, de lo cual no es capaz ningún veneno químico de los conocidos.

*Toxina normal* (v. Behring) (unidad tóxica).—Disolución de toxina en un suero, en el cual un centímetro cúbico contiene cien dosis mortales. Los alemanes designan la cantidad de toxina de un suero diftérico con las iniciales D. T. N.

*Toxoide* (Ehrlich).—Es una toxina que se ha hecho inofensiva, bien calentándola hasta 65° durante media hora ó bien por la acción del tiempo cuando se la guarda durante largo plazo. En el toxoide es solamente destruído el grupo toxóforo, el sensible contra las influencias exteriores, que es el capaz de neutralizar el veneno. El otro, el haptóforo, que es resistente contra el calor, ese permanece inalterable. Con el toxoide se obtiene antitoxina de igual modo que

con la toxina, sin calentar. Además, esta antitoxina puede combinarse también con este toxoide igual que con la toxina, siendo esta afinidad igual en intensidad (sintoxoide) y hasta mayor (protoxoide). Parecidas modificaciones que el toxoide son el aglutinoide, complementoide, etc. Todas estas son formas inactivas.

*Toxon* (Ehrlich).—Es una parte constitutiva de la toxina diftérica, relativamente poco venenosa, que es la que determina las parálisis tardías tanto en los hombres como en los animales.

Inmunizando un animal con toxon se obtiene antitoxon. Por la inyección de suero que contenga éste, se puede impedir en un diftérico la aparición de parálisis tardías.

*TO* : *TR* (Koch).—Iniciales encontradas con frecuencia en las obras alemanas para designar dos preparados de tuberculina.

Estos son obtenidos por cultivos puros del bacilo tuberculoso, desecados y triturados, á los que se añade después una ligera cantidad de líquido y se centrifugan, con lo cual queda arriba un líquido claro: *éste es el TO*, y abajo uno turbio y espeso: *éste es el TR*. Este último parece tener una gran actividad sobre el organismo tuberculoso, provocando sólo en cambio una insignificante reacción.

*Tuberculasa* (v. Behring).—Es un líquido obtenido tratando un cultivo puro del bacilo de la tuberculosis con hidrato de cloral. Se emplea en inyección subcutánea contra la tuberculosis, siendo rápidamente absorbido. Entre nosotros (sin duda para no hacer sospechar el parentesco que tiene con la tuberculina) se la llama *tulasa*.

*Tuberculina* (T antigua, 1890, Koch).—Líquido obtenido de la filtración de cultivos puros del bacilo tuberculoso de seis á ocho semanas de edad, que se le somete á una temperatura de 100 grados, hasta que se quede reducida á la décima parte de su volumen.

*Tuberculina moderna* (T R, 1897, Koch).—Líquido obtenido por desecación de cultivos puros del bacilo tuberculoso, agitación y centrifugación, después de adición de agua destilada y glicerina. La tuberculina antigua T tiene sobre la moderna la ventaja de ser más estable y no producir en los enfermos una reacción tan violenta. Ambas son muy empleadas en los sanatorios alemanes para tuberculosos.

*Tuberculocidina* (Klebs).—Producto obtenido de la purificación de la tuberculina. Esto es, una tuberculina purificada que ha empleado Klebs contra la tuberculosis.

*Überemfindlikeit*.—Es una expresión que usan los alemanes para indicar una exageración de la sensibilidad de los animales para ciertos venenos (aunque estén muy inmunizados, por ejemplo, en el tétanos); así que éstos, á pesar de tener una gran cantidad de antitoxinas en su sangre, basta una pequeña cantidad de toxina

para que mueran. En esto descansa la reacción que los tuberculosos dan con la tuberculina. (Véase Alergia y Anafilaxia.)

*Unidad de inmunidad.*—Medida para marcar la actividad de un suero. Para la difteria, la unidad inmunizante es la cantidad de suero capaz de hacer inofensiva en un conejillo de Indias una cantidad de toxina cien veces mayor que la que sería necesaria para matar dicho conejillo.

*Vacuna bovina* (v. Behring).—Consiste en la inyección en los bovinos de un líquido formado de bacilos tuberculosos humanos desecados, á los que se añade agua destilada, líquido que, según Behring, para las vacas es muy poco patógeno. Con este líquido pretende Behring haber obtenido la inmunidad para la tuberculosis de la especie bovina del ducado de Hessen, y ganar de esta especie la antitoxina que pudiera curar la tuberculosis humana.

—

Con éste terminamos esta relación, en la que se encuentran expuestos los nombres que más se usan en las doctrinas modernas acerca de la inmunidad y seroterapia, habiéndolo hecho con la mayor concisión posible, y deseando con ello haber prestado al lector alguna utilidad.

---

## QUISTES HIDATÍDICOS NOTABLES

Por Rafael García de Arias
Del Instituto Rubio.

*(Continuación.)*

La historia clínica que ofrezco en la ocasión presente á los lectores de la Revista la debo á la cortesía de mi maestro el Dr. Gutiérrez, por tratarse de una enferma de su clientela particular y haber sido testigo presencial de la intervención quirúrgica de que fué objeto.

El caso es por demás interesante, poco común, y se ha comprobado en él una vez más la existencia de un signo físico, al que creo debe dársele bastante valor, por ser suficiente en ocasiones para fundamentar en él el diagnóstico.

Esta señora, que residía en Cáceres, vino á consultarse en el mes de Junio de 1906 con el Dr. Gutiérrez, que le dió el diagnóstico de su enfermedad é indicó la conveniencia de que se operase. La enferma marchó á su país indecisa, volviendo en el mes de Septiembre del mismo año resuelta á ponerse en cura.

La historia de esta enferma se relata en pocas palabras. Una señora de cuarenta y siete años, casada y multípara, cuyos antecedentes patológicos de familia y personales ninguna relación tenían

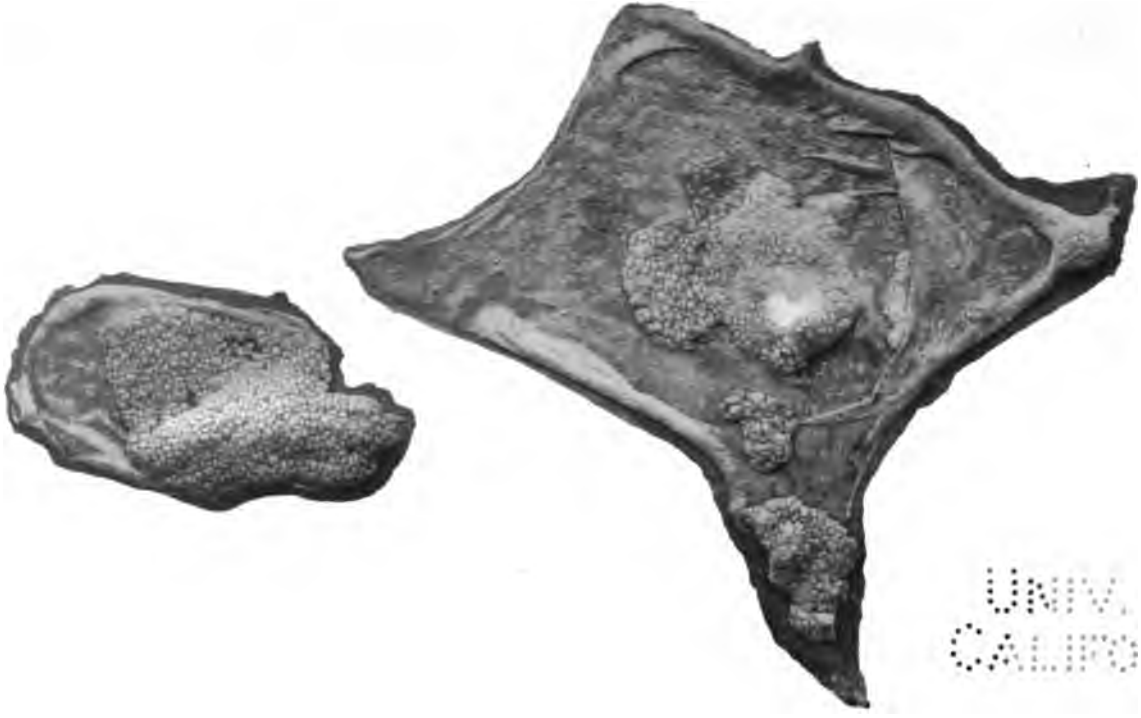
con la enfermedad que motivó viniera á consultar, y que, según ella, tenía asiento en su vientre y aparato digestivo.

Hace cinco años comenzó su enfermedad: gozando de una salud floreciente, se sintió bruscamente acometida de un dolor que, partiendo del lado derecho de la espalda, se irradió al hombro homónimo y hacia abajo por el tórax hasta el vientre, coincidiendo con esta sensación subjetiva una diarrea abundante y una erupción parecida á la urticaria por toda la piel del cuerpo. La neuralgia abdominal se repetía cada dos ó tres meses, llegando en ocasiones á alcanzar tal grado de intensidad, que la producía síncopes. Desde hace dos años notó una tumoración en la región umbilical, movible, y que no le ocasionaba ninguna molestia. De Mayo último á la fecha en que se la operó, padeció de diarrea, y en el mes de Agosto, un ataque de reumatismo articular subagudo, acompañado de erupción en los miembros superiores.

Explorado su abdomen, cuyas paredes eran bastante flácidas y de poco espesor, estando la enferma en decúbito supino, lo vimos aumentado con irregularidad, prominente en la región umbilical y flancos, más en el izquierdo que en el derecho, y deprimido en la región hipogástrica. Por la palpación apreciamos la existencia de varias tumoraciones elásticas, de diferente volumen, movibles y situadas á distintas alturas: una central, bastante voluminosa, esférica, en el límite de la región epigástrica y parte de la umbilical; otra mucho más pequeña, muy movible, también central, debajo de la primera; una tercera tumoración multilobular que ocupaba todo el flanco izquierdo, más abultado en su mitad inferior, también movible, y que se perdía en la pelvis mayor; una cuarta tumoración esférica, nada movible, que elevaba el hipocondrio derecho y como nacida en el lóbulo derecho del hígado; la insonoridad hepática aumentada en la parte inferior, era normal en la parte superior; aun se comprendían entre las manos otras tumoraciones movibles por debajo de esta última.

Claro es que, dada la disposición de las mencionadas tumoraciones y la movilidad de las situadas por debajo de la línea umbilical, daban lugar á la mutabilidad de las zonas de macicez, submacicez y sonoridad en los distintos decúbitos que se hiciese adoptar á la enferma; en las tumoraciones más voluminosas se podía comprobar que estaban formadas de colecciones líquidas enquistadas.

La exploración del aparato genital nos reveló que el útero ocupaba su posición normal y su cavidad tenía siete centímetros y medio de longitud; nada anormal en sus anejos; ninguna de las tumoraciones más bajas de que se acaba de hacer mención, invadía la pelvis mayor en forma tal, que pudiera decirse que hubiesen nacido en el útero ó anejos; por último, una pequeña tumoración renitente



UNIV. CALIFORNIA

Jose Blass y C.a., San Mateo 1, Madrid.

ASPECTO DEL INTERIOR DE LA MEMBRANA GERMINATIVA DEL QUISTE DEL LIGAMENTO HEPATO-CÓLICO.

BLANK PAGE

UNIV. OF CALIFORNIA

José Blass y Cía., San Mateo 1, Madrid

EPIPLÓN MAYOR CON 17 BOLSAS EQUINOCÓCICAS.

DISCARDED

existía en el tejido celular de la mitad superior del tabique recto-vaginal.

Con estos datos, el juicio diagnóstico que formó el profesor Gutiérrez fué el de *quistes hidatídicos peritoneales* consecutivos al de alguno preexistente (desarrollado en alguna de las vísceras abdominales é imposible de precisar en cuál de ellas), que se rompió, como lo prueba el dato anamnésico consignado más arriba, de dolor con irradiaciones y urticaria, etc., y el pequeño tumor del tabique recto-vaginal, lógico era pensar fuese una bolsa equinocócica propagada por vía sanguínea ó linfática.

No existiendo ninguna contraindicación operatoria por parte de los aparatos circulatorio, respiratorio ni por la de los riñones, fué intervenida el día 6 de Octubre de 1906, de la manera siguiente: Laparotomía media; enucleación de una bolsa equinocócica central alojada entre las hojas omentales del epiplon gastro-cólico (480 gramos pesó este quiste); incisión del repliegue peritoneal hepato-cólico y extirpación de la bolsa germinativa (véase lámina I); tanto esta bolsa como la anterior, no tenían hidátides hijas; restauración del repliegue peritoneal con dos planos de sutura continua con seda fina; este segundo quiste era poco menos voluminoso que el primero (no se pudo pesar por haberse vaciado su contenido al enuclearlo). Procedióse después á la extirpación completa del epiplon mayor, colocando una serie de suturas en cadena en su parte más alta (450 gramos pesó); enucleación subsiguiente de otra bolsa quística, del tamaño del puño, de entre las hojas de la parte superior del meso-colon descendente, de idéntica manera que la descrita para la segunda bolsa; ésta contenía hidátides hijas; aun se extirpó uno pequeño situado en el meso-ovario derecho. Conceptuando bastante lo hecho, y no tocando ni viendo más quistes en las vísceras abdominales, cerró la herida del vientre con la sutura rápida de Jonnesco, dejando para otra sesión el quitar el del tabique recto-vaginal.

La operada, que durante los dos primeros días consecutivos á la operación no presentó complicación ninguna, comenzó á las cuarenta y ocho horas á tener vómitos biliosos, luego acafetados, de líquidos urentes, al decir de la enferma, iniciándose una infección intestino-peritoneal que no obedeció á ninguno de los medios empleados, y acabó al quinto día con su vida.

*
* *

*Consideraciones sobre el caso.*—Por estimarlo verosímil, intentaré dar una explicación del cómo se han propagado en esta enferma el gran número de parásitos encontrados en su abdomen. La

bolsa equinocócica madre debía residir en la cara posterior del hígado, ó en las proximidades del borde de esta cara, que es sabido no tiene revestimiento seroso; pudo obrar como traumatismo un movimiento más ó menos brusco, ó la gran tensión intraquística del saco, y por uno ú otro mecanismo, ó por ambos combinados, sobrevino la rotura de éste y la dispersión de los embriones hexacantos por debajo del peritoneo parietal que tapiza la pared posterior del abdomen; y emigrando por el tejido célulo-grasoso subperitoneal, siguiendo la dirección de los vasos, fueron á implantarse y desarrollarse en los mesos, en donde se encontraron: tres solitarios en los repliegues hepatocólico, gastrocólico y mesocolon descendente, y diez y siete amontonados y abollonados en el epiplon mayor (véase lámina II). Coloco el quiste primario, que se rompió, en el hígado, y no en las proximidades de la raíz del mesenterio, por el punto de la espalda donde principió el dolor y por la propagación inmediata de éste á la escápula y hombro derechos; además, mucho más bajo está el sitio de inserción de la raíz del mesenterio, y de suponer tuviese en él asiento la primera bolsa equinocócica, podía ésta desarrollarse con menos probabilidades de romperse por la gran facilidad con que se despliegan las anchas láminas que forman el mesenterio, hubiese habido edema en la mitad inferior del cuerpo por compresión de la vena cava inferior, y en caso de ruptura, lo probable es que los scolex hubiesen emigrado á los mesos de los colon, sin negar la posibilidad de que también podían hacerlo á los repliegues peritoneales donde los encontramos desarrollados.

No es admisible que se haya roto el quiste primario dentro de la cavidad abdominal, porque en el 90 por 100 de casos que esto ocurre, la muerte es la terminación de este accidente, y por ser el cuadro clínico que presentan estos enfermos el del *shock* peritoneal: desvanecimiento, en ocasiones síncope, enfriamiento de extremidades, pulso frecuente y filiforme, etc.; nada de esto ocurrió á esta enferma, ni tampoco vimos nada en su cavidad abdominal que indujese á pensar en la existencia anterior de peritonitis parciales ó generalizada.

Tres años después de este accidente, es cuando la enferma notó por primera vez un abultamiento movible en la región umbilical. Los dolores paroxísticos que sufrió y los trastornos funcionales del tubo digestivo son las manifestaciones sintomáticas propias observadas en estos casos; las bolsas hidatídicas, en su crecimiento debajo de los repliegues serosos que las envuelven, comprimiendo los filetes nerviosos que serpean por entre las láminas de éstos, son la causa de los dolores paroxísticos de intensidad variable; y el aumento de peso y de volumen del omento hace que éste sea más movible y el responsable principal de las perturbaciones funcionales del tubo

digestivo; los órganos en que se inserta el omento descienden algo, y á esa altura, estando de pie los enfermos, notan sensación de tirantez; cuando están acostados, tienen que soportar los intestinos el peso de dicha víscera con los hidátides; al adoptar los decúbitos laterales, toda la masa del epiplon mayor cae del lado sobre que descansa el cuerpo, sufriendo torsiones los pedículos largos y delgados de que cuelgan las bolsas hidatídicas, y estas compresiones y dislocaciones viscerales, torsiones y tracciones peritoneales, dan origen á un sinnúmero de pequeñas y grandes sensaciones subjetivas más ó menos dolorosas y casi continuas.

En este caso el diagnóstico no ofreció dudas al Dr. Gutiérrez, porque de una parte comprobó que en el interior del abdomen existían distintas tumoraciones redondeadas, de superficie lisa, separadas, unas movibles y otras no, fluctuantes unas y otras elásticas; y por otra, el dato anamnésico ya descrito sobre la manera inopinada y repentina como se reveló la fase dolorosa de su enfermedad, está reputado entre los patólogos y clínicos como elemento valioso de diagnóstico. Ahora bien: estos dos datos se completan, é indiscutiblemente conducen á formular un diagnóstico exacto si se encuentran reunidos; mas si falta uno de ellos, no es tan fácil formularlo. En esta misma enferma, habiendo transcurrido tres años, antes de entrar su enfermedad en la fase tumoral, de nada le hubiesen servido al práctico más sagaz—en todo ese tiempo—los síntomas que caracterizan la rotura de un quiste hidatídico, que es como comenzó su padecimiento, sino para sospecharlo ó confundirlo con la urticaria de otro origen, pues le faltaba otro dato importante, cual es el de la comprobación de la existencia de una ó varias tumoraciones en alguno de los órganos de la cavidad abdominal ó torácica.

A la inversa, en los casos segundo y tercero publicados en el número del mes de Agosto del año pasado, no recogimos más dato que la existencia de múltiples tumoraciones en el vientre, redondeadas, de superficie lisa, consistencia distinta y de diferente volumen, y sólo en este signo físico nos apoyamos para diagnosticar quistes hidatídicos peritoneales, y la operación nos demostró la exactitud de nuestro juicio diagnóstico.

Muy lejos de mi ánimo elevar á este signo físico á la categoría de patognomónico: bien penetrado estoy, como el que más, de la relatividad de las sensaciones recogidas por los sentidos; pero no dejarán de convenir conmigo los doctos colegas que me lean, en que siempre que se compruebe con claridad la existencia de este signo físico en el abdomen, podemos aseverar se trata de equinococos del peritoneo. Su valor descansa en que en ningún proceso inflamatorio ni tumoral de esta serosa, ni de las vísceras que contiene el ab-

domen, recogemos este signo físico (1). Partiendo de esta conclusión clínica, creo innecesario establecer las analogías y diferencias entre el gran número de procesos inflamatorios y neoplásicos del peritoneo y órganos que encierra la cavidad abdominal y los sacos hidatídicos peritoneales; sólo me detendré á señalar los caracteres diferenciales entre estos últimos, la peritonitis tuberculosa seca ó tuberosa y los quistes papilomatosos malignos del ovario en que se haya roto su cubierta, por ser las enfermedades que con más frecuencia se pueden confundir.

En la peritonitis tuberculosa de forma seca, el vientre está tenso, abultado y duro—cual corresponde á un proceso inflamatorio,—pero conservando su figura y simetría; el peritoneo parietal engrosado con irregularidad á modo de plastrones ó placas, ó bien uniformemente; en el interior de la cavidad se tocan las diferentes masas tuberosas de exudados sólidos, situadas entre los intestinos (ó sea en un plano más profundo al en que tienen su asiento las bolsas hidatídicas omentales); estas masas son amorfas, y como tales, sin contornos ni límites precisables, é imposible de compararlas á ningún cuerpo sólido de los conocidos; además, son inmóviles por su naturaleza, dolorosas espontáneamente y cuando se ejercen presiones sobre ellas. Como se ve, bien distintos son estos signos físicos á los que se recogen en un abdomen cuyo epiplon mayor esté sembrado de una manera discreta ó confluente de vesículas hidatídicas; y si tan acentuada es esta diferencia en cuanto á los signos físicos, en la misma medida lo es con respecto á la anamnesia de ambos procesos patológicos. Sólo en los casos en que alguno ó algunos sacos parasitarios estuviesen supurados, sería posible cometer un error de diagnóstico confundiéndolos con colecciones purulentas de otros tejidos ó vísceras; pero aun entonces no se incurrirá en tal error como se pueda comprobar el signo físico de la multilobulación tumorosa: tumoraciones esferoidales, movibles y separadas, que lo debemos conceptuar como la expresión real de las impresiones reveladas por el tacto. Basta ver la figura en color que acompaña á este trabajo, para comprender que hasta el tacto menos educado es capaz de recoger este dato; y buena prueba de ello es que uno de los médicos internistas que exploró al enfermo Babil Yagüe (caso segundo) lo comprobó, tomando por lipomas subcutáneos las bolsas hidatídicas implantadas en el omento; se equivocó en la naturaleza de la producción y en el sitio donde nació y se desarrolló ésta, pero se dió cuenta exacta de que en aquel vientre había muchas tumoraciones redondeadas.

Raro debe ser que un quiste hidatídico peritoneal se infecte y

(1) Si algún comprofesor puede destruir esta afirmación con observaciones clínicas ó de autopsia, hará un favor á la ciencia y al autor publicándolas.

supure, pues en once casos que he visto, en ninguno de ellos encontré ni siquiera una bolsa cuyo contenido fuese purulento.

No es fácil confundir entre sí los quistes hidatídicos peritoneales y los quistes papilomatosos malignos del ovario, en los que la rotura de su cubierta haya dado lugar á la caída en el peritoneo de las verrugas papilomatosas y á la difusión en esta serosa del proceso maligno de los ovarios. La marcha de esta enfermedad es rápida, en ocasiones rapidísima; cuando se presentan estas enfermas á nuestro examen (lo mismo en los comienzos que en el período caquéctico de la enfermedad), su vientre casi siempre es muy voluminoso, figura simétrica y globular, contiene bastantes litros de líquido ascítico, siendo, por lo tanto, imposible — ni por conmoción, palpación, ni percusión—apreciar ni tocar nada de lo que hay dentro; si algunas verrugas papilomatosas ocupan el fondo de saco de Douglas, por el tacto vaginal, que despierta dolor bastante vivo, apreciaremos la superficie característica, mamelonada, igual á la de los cánceres en coliflor del cuello uterino, y al mismo tiempo su enclavamiento é inmovilidad. Tienen rasgos tan salientes y característicos los tumores malignos del ovario, que no creo puedan tomarse por equinococos peritoneales, y éstos por aquéllos, sino en los casos en que no se observan con la debida atención las enfermas; esta una de las causas, y á mi juicio la principal, del por qué de nuestros errores de diagnóstico.

*(Continuará.)*

---

## ASOCIACIÓN DE LA HISTERIA CON LAS AFECCIONES ORGÁNICAS DEL SISTEMA NERVIOSO

POR EL DR. E. VILCHES

**Profesor de Neurología del Instituto Rubio.**

El vasto campo de la histeria se ensancha cada vez más ante nuestros ojos, según demuestran las observaciones de todos los clínicos, y bien puede decirse, sin pecar de exagerados, que son pocos los individuos que en ciertas circunstancias y bajo la influencia de múltiples causas ocasionales, más ó menos intensas, no presentan alguna vez manifestaciones evidentes de la neurosis. Estas manifestaciones son, desde luego, dependientes de la pequeña histeria, pues sólo aquellos sujetos predispuestos desde su nacimiento ó con antecedentes nerviosos de importancia pueden ser terreno apropiado para el desarrollo de la gran neurosis. Ésta, podríamos decir con Babinski, sólo figura en la dote de la aristocracia neuropática.

La primera, en cambio, puede formar algún que otro capítulo en la historia patológica de casi todos los individuos, pues sabido

es, y está demostrado desde hace mucho tiempo (1), que la histeria es susceptible de asociarse á las más diversas enfermedades, tanto del sistema nervioso como de todos los órganos de la economía. La esclerosis en placas, la tabes, la siringomielia, la neurastenia, el corea, etc., han sido señaladas en diversos casos como coexistiendo con la histeria; esto en lo que se refiere al sistema nervioso; y si en lo tocante á otros padecimientos no está en relación la frecuencia de estas asociaciones con la poco numerosa serie de casos publicados, que no permite apreciar toda la importancia de estos hechos y pudiera hacer suponer que dichas asociaciones morbosas son relativamente raras en clínica, ocurre, no obstante, todo lo contrario, hasta el punto de que casi puede afirmarse que todas las enfermedades pueden asociarse á la histeria. Si vemos que un ligero traumatismo, una simple emoción ó cualquiera otra causa insignificante puede dar nacimiento á la histeria en un sujeto hasta el presente sano, es perfectamente comprensible y natural que una afección orgánica ó dinámica del sistema nervioso, que un estado patológico preexistente cualquiera, pueda dar origen á la aparición de fenómenos histéricos; y, en efecto, así se observa, y mi experiencia propia confirma que estas asociaciones son de los hechos más comunes.

Ahora bien: no hay que ocultar que estos casos pasan muy á menudo ignorados, bien porque la exaltación de los accidentes histéricos enmascara, digámoslo así, la afección concomitante, ó bien porque ésta embarga por completo la atención del observador, como ocurre generalmente cuando se trata de simples manifestaciones de la pequeña histeria. Y, tanto en uno como en otro caso, no es difícil comprender los errores de interpretación que pueden cometerse y las deficiencias de la terapéutica por el desconocimiento de estas uniones morbosas.

Por todo lo dicho se comprenderá que no huelga la publicación de casos de asociación de la histeria con otras afecciones orgánicas del sistema nervioso, como es, en nuestro concepto, el que ha dado motivo á estas consideraciones, y que vamos á exponer brevemente.

E. G., de cuarenta años de edad, padece de reumatismo crónico con accesos de fiebre reumática y dolores articulares que se repiten todos los años, en ocasiones más de una vez. No hay antecedentes de alcoholismo ni de sífilis. Ha tenido varios ataques histeriformes á largos intervalos, y siempre, después de grandes disgustos.

Lo actual principió, al parecer, como uno de tantos accidentes de agudización de su reuma, con ligera fiebre, dolores articulares y musculares en las piernas y las caderas, que se diferenciaban, no

(1) Charcot, Raymond, Mathieu, Seglas, Babinski, Blocq, Oppenheim, Remak, Bernhardt, Mendel, Hughes y otros muchos.

obstante, de los sufridos anteriormente, en su mayor intensidad y en haberse fijado principalmente en las masas musculares, borrándose pronto de las articulaciones. Estos dolores eran fugaces, como llamaradas ó lancetazos, según expresión de la enferma; se presentaban bruscamente, cambiando de sitio con frecuencia, y desapareciendo del mismo modo al cabo de quince ó veinte minutos. La fiebre duró sólo unas veinticuatro horas, y poco después empezó á notar la enferma, que en algunos momentos veía dobles los objetos y tenía cierta dificultad para abrir bien los ojos, sobre todo el derecho, cuyo párpado superior se elevaba mucho menos que el del lado opuesto.

A los quince días de la aparición de todos estos síntomas, observó alguna debilidad en los miembros inferiores, la cual fué graduándose poco á poco hasta el punto de dificultar la marcha, al mismo tiempo que dejó de darse cuenta exacta del suelo sobre el cual se hallaba en pie. Había también un trastorno de la micción, representado por una retención de orina, que á veces se prolongaba veinte y treinta horas, sin que, por otra parte, sintiera la enferma molestia ni deseos de orinar.

De vez en cuando se quejaba de una sensación de constricción en la garganta, que, según ella, procedía del estómago y se acompañaba de zumbidos de oídos y gran laxitud general.

Al ser reconocida por nosotros, treinta días después del principio del padecimiento, pudimos observar que la fuerza motriz de las extremidades inferiores se hallaba en extremo disminuída, ya estando acostada la enferma ó bien en pie, actitud esta última que no le era posible mantener más que algunos momentos. La marcha, vacilante, era, pues, imposible sin la ayuda de otra persona, y el tener los ojos abiertos ó cerrados no influía para nada en estos fenómenos.

Los párpados no podían abrirse por completo, siendo más acentuada esta ligera ptosis en el lado derecho. No había alteraciones visuales ni pupilares.

La exploración eléctrica nos demostró que la excitabilidad de los nervios era normal, así como la contractilidad farádica y voltaica de los músculos. Nada de reacción degenerativa; tan sólo se podía apreciar una pequeña disminución de la contractilidad con ambas clases de corrientes, pues hubo necesidad de emplear una intensidad mayor de la que ordinariamente se necesita en las condiciones normales.

La sensibilidad táctil se encuentra disminuída notablemente en las piernas y pies, y algo en los muslos; en el tronco se observan placas de anestesia, muy marcada en varios puntos, principalmente al nivel de las mamas. También está algo amortiguada en la extremidad superior izquierda y lado izquierdo de la cara.

La presión sobre las masas musculares de los miembros paralizados es, en muchos puntos, dolorosa.

Hay ovaralgia doble, pero mucho más marcada á la izquierda, y anestesia faríngea.

El reflejo rotuliano se halla completamente abolido en ambos lados, así como también el reflejo plantar.

Parece natural que ante semejante cuadro sindrómico, en el que resalta con fuerte poder sugestivo la existencia de los dolores fulgurántes unida al signo de Westphal, á la diplopia y á los trastornos vesicales, el ánimo del observador se incline prontamente, y no sin fundamento, á pensar en la tabes. Sin embargo, una serena reflexión nos llevará sin tardanza á reconocer que ninguno de los fenómenos observados en la enferma puede considerarse como característico de la presunta afección medular, pues tanto los dolores como la abolición del reflejo rotuliano y la misma diplopia, síntomas son que pueden igualmente depender, como es sabido, de una lesión de los nervios; y respecto á la retención de orina, pudiera también tener otro origen, como después veremos.

Por consiguiente, en atención al desarrollo, evolución del padecimiento y antecedentes del sujeto, formulamos el diagnóstico de una neuritis periférica de naturaleza reumática.

¿Pero satisfacía á la mente este diagnóstico para darse cuenta del total conjunto de síntomas observados? En manera alguna. La debilidad tan acentuada de los miembros inferiores no era posible hacerla depender exclusivamente de una afección orgánica de los nervios motores; éstos no podían considerarse como profundamente alterados, toda vez que ni había atrofia muscular ni las reacciones eléctricas acusaban signos de degeneración. Por otra parte, la anestesia observada en la enferma no presenta tampoco por su situación ni por su intensidad los caracteres propios de la que se ve en las lesiones de los nervios.

Teniendo en cuenta estas particularidades, recordemos ahora que la paciente sufre ovaralgia doble, más intensa en el lado izquierdo; que tiene anestesia faríngea, sensación de constricción en la garganta, y que ha padecido en épocas muy anteriores á la presente varios ataques convulsivos histeriformes, y no será, por lo tanto, muy aventurado suponer que los trastornos de la motilidad y parte de los sensitivos se hallan más acertadamente bajo la dependencia de la histeria, que ha venido á asociarse á los síntomas provocados por la neuritis.

Encariñados con este juicio, procedimos tres días después á hipnotizar á la enferma, obteniendo en nuestra primera tentativa el estado hipnótico, pero sólo en un grado muy superficial, no intentando tampoco pasar de él en la esperanza de obtenerle más profundo,

desde el primer momento, en la segunda sesión. Así fué, en efecto; al siguiente día cayó en un sueño hipnótico bastante completo, durante el cual conseguí por sugestión un sensible aumento de la potencia motriz de sus extremidades paralizadas, aumento que persistió al despertar. Continuando las sesiones cada dos días, fué poco á poco recobrando la potencia muscular de sus miembros, y después de la quinta sesión podía andar sola por el gabinete con relativa facilidad. La anestesia iba disminuyendo igualmente y regularizándose la función vesical; la enferma sentía ya la necesidad de orinar más frecuentemente. Por último, veinte días después, los trastornos motores y la anestesia habían desaparecido por completo, la ovaralgia disminuyó en el lado izquierdo, borrándose en el derecho, y reapareciendo la alegría y el apetito, que hasta entonces había sido escaso.

Veamos ahora qué ha sido de los demás síntomas. La diplopia ha continuado, si bien el fenómeno no se verifica ya con la intensidad y la frecuencia que antes; y respecto á los dolores, debemos decir que no han sido influídos ni en poco ni en mucho por las prácticas hipnóticas. Durante éstas desaparecían; pero á poco de despertar la enferma volvía á experimentarlos lo mismo que anteriormente, y sólo después de restablecidas las funciones motrices y sensitivas ha podido apreciarse que los dolores van perdiendo su intensidad y presentándose con más largos intervalos.

El reflejo rotuliano tampoco existe después del hipnotismo, y sólo quince días después de la mejoría referida de los trastornos sensitivos empezó á dibujarse ligeramente dicho reflejo, que hoy ya es casi normal.

Los notables resultados obtenidos por el tratamiento hipnótico no dejan ya duda en el ánimo respecto á la realidad de la existencia de la histeria. Es, pues, indiscutible, á nuestro juicio, que la parálisis de los miembros inferiores, la anestesia cutánea y los trastornos vesicales estaban bajo la dependencia de la neurosis.

¿Podemos afirmar del mismo modo la legitimidad del diagnóstico de neuritis con relación á los otros síntomas? Creemos que sí, pues si bien es verdad que la diplopia puede verse, aunque muy rara vez, en la histeria, la naturaleza y situación de los dolores, y sobre todo la falta del reflejo rotuliano, que sólo ha reaparecido en parte al atenuarse los fenómenos sensitivos, nos induce á admitir resueltamente una lesión orgánica, siquiera sea poco intensa, de los nervios periféricos.

La asociación, pues, de la histeria con una afección orgánica del sistema nervioso es evidente en nuestro concepto. La histeria es innegable; y si aun quedase alguna duda respecto á la realidad de la neuritis, que como se ve ha curado espontáneamente, cosa bastante

común, baste recordar el comienzo de la afección y los antecedentes reumáticos del sujeto.

En la actualidad, transcurridos dos meses desde que se restablecieron las funciones motrices, sólo queda en la enferma como huella aún patente de su pasada enfermedad una ligerísima ptosis del párpado superior derecho, síntoma que ha sido el más rebelde en desaparecer, pero que indudablemente va en camino de extinguirse por completo.

Diciembre 12 de 1906.

---

# DE LA MUERTE DURANTE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Por el Dr. Spreáfico
Del Instituto Rubio.

I.—Un hombre de sesenta y ocho años, que vivió siempre en el campo ocupándose en las faenas rudas de la agricultura, sin antecedentes patológicos, castiga con una vara á un caballo y recibe una coz, á corta distancia, en la región epigástrica. Cae al suelo y sufre un síncope, que dura pocos minutos. Al reponerse acusa fuerte dolor y sensación de angustia en la región lesionada, que duran corto tiempo.

No presenta lesión alguna externa en el sitio del golpe, que lo recibió cinco ó seis horas después de haber comido. Y como esto ocurrió á unos ocho kilómetros de la población, no recibió auxilios médicos hasta pasadas cinco horas desde el accidente.

En este intervalo el sujeto ingirió uno ó dos vasos de leche y una sopa.

Su médico habitual le sometió á dieta líquida, leche y caldo, y ordenóle una aplicación de sanguijuelas y pomada mercurial doble con belladona al epigastrio.

A las treinta horas del accidente veo al enfermo en consulta con su médico y otro compañero. El paciente presenta todos los síntomas de una peritonitis, y diagnostico una ruptura del estómago, proponiendo á la familia la intervención inmediata, que no es aceptada por el pronto.

Diez horas después, y á ruegos de los compañeros y deudos del enfermo, practico la laparotomía media supra-umbilical, á pesar del estado pésimo en que se encuentra el paciente, que tiene un pulso á 120 y una temperatura de 37,3°, en coma, y contestando con dificultad é incoherencia á lo que se le preguntaba. En la piel y pared abdominal no había lesión producida por el golpe; por el contrario, el peritoneo muy inflamado, equimótico y de color rojo; de-

rrame en la cavidad de un líquido sanguinolento abundante y mezclado con las sustancias alimenticias ingeridas. Herida de 7 á 8 centímetros de longitud en la cara anterior del estómago, muy cerca de la gran curvadura y en dirección oblicua de derecha á izquierda, de bordes irregulares y poco sangrante.

Lavado rápido de la cavidad con 8 litros de agua esterilizada caliente y sutura de la herida á puntos continuos perforantes en el primer plano, recubriendo éste de otro nuevo plano con sutura seroserosa á lo Lambert.

Drenaje á lo Mickulicz y sutura de la pared abdominal en un solo plano, con puntos entrecortados de hilos de plata. Al estar apretando los puntos, muerte del enfermo.

La anestesia fué clorofórmica, no empleándose más que durante el tiempo de la incisión de la piel, por el estado en que se encontraba el enfermo antes de operarse, habiendo tenido que hacer la intervención con gran rapidez por las repetidas advertencias de los compañeros que me asistían, y que en algunos momentos creyéronle muerto antes de llegar á suturar la piel.

La cantidad de cloroformo usado no excedió á 8 gramos. Inútil es decir que se emplearon todas las prácticas del caso: inyecciones de éter, aceite alcanforado, etc., sin resultado alguno.

II.—Una niña de trece años, fuerte, siempre sana, bien desarrollada y habitando en el campo, es atacada de angina diftérica, enfermedad endémica en el país, que á los pocos días se propaga á la laringe y tráquea.

Con la anestesia local por la cocaína, inyección bajo la piel de 1 centigramo por 2 centímetros cúbicos, procedo á hacer la traqueotomía rápida en dos tiempos: introducción del dilatador de tres ramas; seguidamente la cánula, que sujeto con una cinta.

Respiración normal, ninguna hemorragia, corbata de gasa.

Estando limpiando los instrumentos, diez minutos después de la operación, gestos y signos de la enfermita, que se levanta á medias de la mesa y pronunciando estas palabras «je m'étouffe», juntamente con movimientos de los brazos y manos para arrancarse un obstáculo del cuello, se desploma sobre el dorso, muerta.

Ni extracción de un molde de falsas membranas que llenaban la tráquea, ni respiración artificial, ni electricidad hicieron revivir á la operada.

III.—Hombre de veintiséis años, sanguíneo, acostumbrado á los trabajos duros de la mecánica, de gran estatura y peso, con tendencia á la obesidad y habituado desde hace años al uso bicuotidiano del ajenjo antes de las comidas. Sin antecedentes patológicos ante-

riormente, exceptuando algunos accesos de fiebres intermitentes, afección común en la región, por ser palúdico endémicamente el país donde habita.

Al engrasar la maquinaria de su molino harinero, coloca descuidadamente la mano izquierda entre el engranaje de dos ruedas, que literalmente le absorben el antebrazo. En el corto intervalo que tardaron, á sus gritos, en parar la máquina, el engranaje le había causado la fractura conminuta del antebrazo por su tercio inferior y fractura del brazo, con salida en pico de flauta del fragmento superior del húmero; en la mano, el magullamiento y fractura del carpo, metacarpo y dedos era casi completo.

Vi al enfermo ocho horas después del accidente. Presentaba un miembro frío, sin dolores espontáneos, ninguna hemorragia, la que también fué nula en el momento del accidente; muy aumentado de volumen, insensible y de color pálido.

El estado general era bueno: pulso á 90, temperatura 37,8°-39°. Mucha sed, locuacidad é inquietud general. Le habían dispuesto irrigación continua con agua fría y bromuro con cloral al interior.

Propuse á mis compañeros la amputación inmediata del brazo en la unión del tercio medio con el superior, la que fué rechazada por ellos, y siguieron empleando el agua fría.

A las setenta horas del accidente veo de nuevo al enfermo, encontrándome con un cuadro clínico muy diferente al anterior: pulso filiforme y depresible, imposible de contar; subdelirio tranquilo, extremidades frías, nariz afilada, sopor, temperatura 36,5º, ideas incoherentes, así como las contestaciones; anuria, respiración anhelosa, etc. Localmente, aumento de volumen, considerable, de la extremidad lesionada, que llegaba hasta el hombro, completamente frío, violáceo; mal olor, crepitación de gases en todo el antebrazo, que expulsaba sanies negra y mal oliente, placas negras y, en fin, todo el cuadro de una gangrena gaseosa. Latía débilmente la humeral por debajo de la axila, sin encontrar la radial, lo que también ocurría en el primer examen.

Los profesores que le trataban habían propuesto doce horas antes la amputación del brazo por el tercio superior, que yo desechó por considerar al enfermo en el principio del período agónico; pero á ruegos de su familia, y previniendo que probablemente el enfermo se quedaría en la mesa de operaciones, procedí á la desarticulación del hombro, por considerar esta operación más rápida y más lejana del foco gangrenoso.

En pocos minutos, hice una incisión en forma de raqueta á lo Ravadin, y desarticulé rápidamente; las arterias sangraron muy poco, el enfermo se quejó levemente al hacer la incisión de la piel,

é hizo ligeros movimientos de defensa, y cuando terminaba la sutura, moría en colapso.

No se cloroformizó, sugestionando al enfermo con una compresa puesta ante la boca, y en la que se habían vertido algunas gotas de agua fenicada.

Cuando minutos después estaba yo dando cuenta de lo ocurrido á la madre y demás familia del operado, oí un gran ruido y dos detonaciones en una habitación inmediata: un hermano del muerto había agredido con un revólver á los dos médicos militares que no habían creído oportuna la intervención cuando la propuse en mi primera consulta. Afortunadamente, la intervención rápida de mi ayudante, el Dr. B., hizo desviar la dirección de los proyectiles y no hubo desgracias que lamentar. ¡Gajes de nuestra profesión!

IV.—Un sujeto emaciado, empobrecido, alcohólico crónico (ajenjo, aguardiente, vermouth), catarroso desde la juventud, gran fumador, de treinta y siete años de edad, empleado desde niño en un molino harinero y con antecedentes familiares de tuberculosis y escrofulismo, me consulta por una supuración abundante que expectora en las quintas de tos.

El pus era de color verde-amarillo, mal oliente en ocasiones. Fiebre vespertina y sudores.

Por sus antecedentes, síntomas que presenta y examen, comprobé la existencia de una pleuresía purulenta del lado derecho abierta en los bronquios y de gran extensión, aconsejando una operación de Estlander. El vértice del pulmón izquierdo era sospechoso de tuberculosis, y en el resto de dicho pulmón, y en los sitios que se podían auscultar del lado derecho, síntomas de bronquitis crónica.

A los pocos días practiqué una incisión perpendicular en la línea axilar derecha, de la cuarta á la octava costilla, y otra horizontal, perpendicular á la primera, en forma de T invertida, que me dieron ancho campo para resecar subperiósticamente los arcos óseos de la séptima, sexta, quinta y cuarta costilla en gran extensión y en forma de cono truncado, teniendo como base la séptima costilla; todo marchó perfectamente hasta el momento en que, terminadas las resecciones, procedí á la abertura de la pleura, que hice al nivel del sitio que ocupó la séptima costilla. Incindí en una extensión longitudinal de 5 centímetros, saliendo una cantidad de pus de caracteres idénticos al que expectoraba, 600 á 800 gramos; en este momento me llamó la atención el profesor encargado de la anestesia sobre el cambio brusco producido en la respiración, la que se había interrumpido casi completamente.

Obturé con gasa la abertura pleural; cubrí el resto con compresas; se empezó á hacer la respiración artificial, inmediatamente se-

guida de una traqueotomía rápida é insuflación de aire con el aparato de Richardson del termocauterio, por la abertura de la cánula traqueal. Se inyectó éter y aceite alcanforado. Nada sirvió para volver á la vida al enfermo.

V.—Un individuo de veintiún años, nervioso en exceso, con antecedentes familiares de histeria, debilitado físicamente por los estudios, de constitución endeble, con tics y fobias, habiendo perdido un hermano repentinamente de una lesión cardíaca, creyendo él estar enfermo también del corazón y habiendo sufrido todas las enfermedades propias de la infancia, y la fiebre tifoidea, contrae un chancro duro que es seguido de roseola y placas, tratándose incompleta é irregularmente. A los dos años de su accidente primitivo, goma de la piel y periostitis de la tibia derecha, que ya trata más seriamente, y cura por medio de las inyecciones solubles de biyoduro mercúrico; seis meses después, glositis y leucoplasia bucal, tratada y curada por ocho inyecciones de aceite gris al 40 por 100.

Sigue un espacio de un mes de perfecta salud, cuando durante un período de tres ó cuatro días sufre de dolores agudos al nivel del ángulo izquierdo del maxilar inferior, acompañados de inflamación de la encía y carrillo correspondiente, fiebre, palpitaciones, arritmia y ligeras convulsiones.

Compruebo la imposibilidad de la salida de la última muela izquierda por no tener sitio en donde alojarse y estar recubierta por una mucosa dura y espesa. Hago un desbridamiento y aconsejo la extracción de la muela inmediata, que no es aceptada. A los pocos días, gingivitis cremosa y ulcerosa de todo el maxilar inferior, seguida de periostitis dentaria generalizada, extrayéndosele varias muelas movibles y cayéndose otras espontáneamente.

El examen de la orina nos acusa la presencia de la glucosa, que nos confirma el diagnóstico hecho de diabetes sifilítica. Edema de la lengua, enorme, ulceraciones bucales múltiples. Necrosis del borde alveolar del maxilar inferior y superior. Empieza un tratamiento mercurial además del régimen lácteo absoluto que empleaba, pues no podía tragar ninguna clase de alimentos sólidos, por medio de las inyecciones semanales de calomelanos, que al cabo de dos meses hacen desaparecer los síntomas bucales, cicatrizando todas las ulceraciones y demás manifestaciones.

Desaparece la glucosa y la poliuria; puede alimentarse con sustancias semisólidas bien divididas; el estado general mejora á la vista, y, en fin, llega el momento en que estando bien, animoso y con relativas fuerzas, aconsejo la intervención para extraer el maxilar inferior, que perdió todo su aparato dentario, y extraer también un pequeño secuestro del maxilar superior izquierdo al nivel

de su última muela. El enfermo estaba al parecer muy animoso, decidido á la operación, casi fanfarrón, cosa muy extraña dado el miedo que siempre tuvo á la intervención, y que, unido á su mal estado general, me había hecho demorar algunas semanas el acto operatorio.

En una habitación cercana á la en que se iba á operar, se practica la anestesia por un antiguo interno de los hospitales, gran práctico en ella, por medio de 5 c. c. de cloruro de etilo, seguida por el cloroformo. Trasladado el enfermo á la mesa de operaciones, y colocado en posición de Rosse, que mantenían los ayudantes para impedir sus movimientos para levantarse, pues la anestesia no llegaba al período completo de resolución, en pocos momentos extraje el maxilar inferior entero, seguidamente la muela última superior izquierda y un secuestro de 3 centímetros. En este instante, cuando me disponía á hacer una irrigación, se medio sentó en la mesa para caer aplomado en ella inmediatamente, «les quatre fers en l'air», hizo una inspiración prolongada y falleció. Hice la traqueotomía rapidísimamente é insuflación directa con mi boca á la tráquea. Ni esto ni todas las demás prácticas corrientes en estos casos hicieron volver en sí al operado.

Como hemos visto en estos casos, señalados solamente en sus líneas principales, son múltiples las causas, con otras muchas que no son del momento, que pueden producir la muerte rápida durante las intervenciones quirúrgicas.

Descontados los casos I y III, que se operaron en colapso y cuya intervención pudiera ser discutida (siendo mi opinión que siempre se debe intervenir por tener también casos de curación intervenidos en condiciones idénticas á las de estos citados); la enfermita de crup murió de asfixia á causa de haberse obstruído la bifurcación traqueal con las falsas membranas, que desprendió la cánula y fueron empujadas á la entrada de los bronquios, formando un tapón que impidió la función respiratoria. El caso IV murió por un neumotórax ocasionado por la pleurotomía y la compresión del pulmón, que no se distendió á pesar de la insuflación hecha por la tráquea, probablemente por falta de potencia del aparato improvisado que empleé, siendo un caso éste idéntico al ocurrido por aquel tiempo al Dr. Tuffier, y que dió lugar á la invención del fuelle de dicho autor y el de Doyen para este accidente.

El último fué para mí debido á dos causas: una, el estado de ánimo del sujeto, que siempre fué medroso y de terror en relación con la operación, y que demostró con sus manifestaciones de valentía y fanfarronería antes de operarse, habiendo yo ya tenido varias alertas clorofórmicas en esta clase de enfermos, y que da lugar á un estado psíquico deprimente de su encéfalo. La segunda el cloroformo, pues

si bien solamente se empleó una cantidad de diez gramos, para mí fué lo bastante para ejercer una acción destructiva sobre su sistema nervioso, deprimido y en malas condiciones de resistencia.

Mucho se podría discutir sobre las causas de estas defunciones, puesto que ninguna fué seguida de autopsia, y en algunas aun la interpretación no sería unánime, por lo que dejo á la apreciación de mis lectores la explicación del hecho brutal, habiendo sido solamente mi objeto, al describir á grandes rasgos estos casos fatales y desgraciados, poner en guardia á los cirujanos, á fin de que con esta *lección de cosas* procuren rodearse de todas las precauciones que puedan evitar la repetición de estos hechos, y los sinsabores, descrédito y disgustos que con ellos traen.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Cirugía del aparato digestivo.

**La esófago-yeyuno-gastrostomose, nueva operación para el estrechamiento infranqueable del esófago.**

Débese al Dr. Roux, profesor de la Universidad de Lausanna, tan conocido por sus trabajos en cirugía del aparato digestivo, que la fundamenta y expone del siguiente modo:

Cuando se disponía á emprender algunas experiencias en los animales para comprobar en qué medida la contracción de un segmento intestinal, cualquiera que sea el sentido de su peristaltismo, es capaz de retener el contenido gástrico durante la digestión, y en qué momento la acción peristáltica debe necesariamente entrar en juego en un canal gastrípeto, denominándoles, según las ideas de Tavel, para que su función sea superior prácticamente á la de conducto gastrífugo, un azar de la clínica le ha obligado á hacer una fístula gástrica.

Y precisamente con interés científico especial, puesto que Tavel ha propuesto el empleo de un corto segmento de intestino delgado para realizar una gastrostomía de grueso calibre, á fin de hacer el peristaltismo gastrípeto evitando el reflujo, y aun cuando la experiencia parece haberle dado la razón, Roux no cree en ello por completo, pues opina que el píloro nuevo en la gastro-enterostomía en V funciona lo mismo absolutamente como el normal; por lo que prefiere este procedimiento contra las estenosis, mientras que no hace, desde 1902, más que la gastro-enterostomía simple para tratar la úlcera redonda, puesto que así, por la regurgitación alcalina en el estómago del contenido del extremo superior del intestino, el enfermo lleva en sí mismo su farmacia y neutraliza suficientemente su jugo gástrico para curar su úlcera.

He aquí el caso y el procedimiento:

Un niño afecto de estrechamiento extremo del esófago sufre, por el cateterismo diario, el accidente más temible (¿la perforación?), que obligó á suspenderle; con fiebre y sin posibilidad de alimentarle casi, hubo que pensar en la creación de la fístula gástrica ó en el cateterismo retrógrado, que hubiera impedido el indispensable reposo esofágico. Como la fístula gástrica ordinaria no le había consentido nutrir bien por largo tiempo á sus operados, decidió in-

tentar una operación más definitiva: la esófago-yeyuno-gastrostomose, alargando el segmento intestinal intermediario de Tavel hasta el cuello, para unirlo á la parte superior del esófago, prefiriendo la vía subcutánea y aprovechando la favorable disposición anatómica de la parte superior del yeyuno, cuya circulación permite seccionar entre dos ligaduras los pilares de los arcos arteriales y cortar paralelamente á éstos en los espacios blancos, para obtener un segmento intestinal de longitud considerable provisto de un peine vascular; conservando como pedículo uno ó varios pilares arteriales, se podrá obtener en los dos sentidos un asa intestinal casi aislada, de longitud indeterminada, y hacer una faringo-yeyunostomose, con vaciado en V del extremo superior del yeyuno.

E improvisadamente procedió así: elegida el asa yeyunal para la gastro-enterostomía anterior por la longitud de su meso, calculó el segmento necesario para llegar á la boca y volver á la cara anterior del estómago, le aisló entre dos pares de pinzas y restableció la continuidad del yeyuno por botón de Murphy; después, sobre el segmento aislado, seccionó entre dos ligaduras, empezando por arriba, cuatro ó cinco arterias de las confluentes á los arcos de primer tamaño y de las que nacen los *vasa recta*, comprobando que quedó intacta la circulación en las confluencias; sirviendo la arteria siguiente de pedículo nutritivo, volvió el extremo inferior del asa hacia la cara anterior del estómago, implantándola lo más cerca posible de la pequeña curvadura, después de haber escotado un poco el mesenterio en el espacio blanco para no comprimir el colon transverso; y una vez realizado, con una pinza de Richelot excavó bajo la piel del tórax por delante y un poco al lado del esternón para no acodar fuertemente el asa intestinal, y por el canal labrado llevó el yeyuno, tapado su extremo con una gasa, y lo extrajo por una incisión hecha delante de la primera pieza esternal, comprobando que las arterias latían y la pared se contraía; introdujo en el intestino y le fijó á ella una sonda esofágica y fijó el contorno intestinal á la herida cutánea; escotó la fascia del gran recto izquierdo y muy poco el músculo para alojar el pedículo y el intestino sin demasiada compresión, y suturó la herida epigástrica.

Las heridas curaron; el enfermo está mucho mejor y se levanta; ha cobrado fuerzas, y el intestino *se contrae* muy activamente bajo la piel, dando por su orificio un poco de moco y ninguna regurgitación, funcionando normalmente el peristaltismo en las comidas y sus intervalos: parece tragar mejor los sólidos que tragaba los líquidos por la sonda los primeros días. La regularidad y energía del peristaltismo le ha hecho desvanecer las dudas que tenía sobre la inervación del nuevo esófago.

Cuando el accidente ocasionado por las bujías se haya reparado,

terminará la operación, cuyo último tiempo—unión del yeyuno á la faringe—no cree ofrecerá dificultad alguna. (*La Semaine Médicale*, núm. 4, 23 Enero 1907.)

---

**Las dislocaciones del estómago: tratamiento**, por Soltan Fenwick.

El estómago puede desplazarse hacia arriba, á los lados y hacia abajo. Las dislocaciones hacia arriba son consecutivas á las deformaciones torácicas por consecuencia de la pleuresía, etc., tumor abdominal, ascitis y embarazo, caracterizándose por eructos, vómitos, dispepsia y palpitaciones después de las comidas, sobre todo por la noche. Su tratamiento varía con las causas; se combatirá el meteorismo, prohibiendo las legumbres verdes y frutas; y se combatirá el estreñimiento, en particular con el aceite de ricino; el azúcar y los feculentos sólo se consentirán en cantidad moderada, y lo mismo las bebidas, menos las gaseosas, que no deben tomarse por nocivas; la masticación debe ser perfecta, y después de las comidas se darán carminativos y antiespasmódicos, sobre todo si hay dispepsia; los antisépticos intestinales están indicados en caso de fermentaciones.

La dislocación vertical afecta muchas formas: en ángulo, en gancho ó simplemente vertical. Las dislocaciones son raras en el hombre y más frecuentes en la mujer. La presión sobre el hígado y el bazo, la laxitud de la pared abdominal, el corsé demasiado apretado durante la pubertad y los vicios de desarrollo han sido invocados como causa.

El estómago se vacía mal, originando trastornos, en particular después de las comidas, y dolores espasmódicos, á veces seguidos de vómitos; hay con frecuencia insuficiencia gástrica, notándose ruido de gorgoteo, perceptible á distancia, y no pocas veces sincrónico con los movimientos respiratorios.

Las indicaciones principales son: reducir y mantener el estómago, y combatir los trastornos secundarios digestivos. En las personas anémicas es necesario el reposo en el lecho; pero el ejercicio conviene, en general, para fortificar los músculos de las paredes torácica y abdominal.

La caída total del estómago es la gastroptose. Según Fenwick, hay tres formas sintomáticas: dispéptica, biliosa y asténica. Su tratamiento será, ante todo, profiláctico: prohibición de corsé apretado en las jóvenes; faja abdominal en los partos, y cuidados apropiados, y asimismo en las personas que han sufrido operaciones abdominales. El tratamiento fundamental es mecánico: en los casos ligeros, permanencia en el lecho durante un mes, y en todos durante una hora después de las comidas, sin corsé ni faja. El lavado gástrico no se hara más que si hay dilatación y gastritis crónica; el masaje y la

electricidad son útiles para aumentar la fuerza de los músculos abdominales. La principal indicación es el uso de la faja de sostén, debiendo ser adecuada á cada caso y aplicada en la posición echada.

Han sido propuestas diversas operaciones, pero jamás, según Fenwick, los casos son bastante graves para legitimarla. Si hay estenosis del píloro ó del duodeno, la gastroenterostomía basta, en general, sin suturas del estómago al hígado ó la pared abdominal. La nefropepsia, cuando la nefroptose es coincidente, no tiene ningún efecto sobre la gastroptose, y agrava en general la operación los trastornos gástricos.

El régimen debe ser ordenado según las necesidades de cada caso y la naturaleza de las complicaciones; la alimentación debe ser ligera, abundante, de buena digestión, evitando los vegetales crudos, salsas, pastelería, azúcar y grasas en exceso; como bebida á las comidas, agua de Vichy ó Contrexèville (Mondariz, Sobrón, Marmolejo, etc.). Y el tratamiento medicamentoso, conforme á las indicaciones sintomáticas. (*The Edimb. Med.*, 3 Noviembre 1906.)

---

**La macidez pelviana como signo de diagnóstico diferencial entre la apendicitis y la anexitis.**

Conocida es la dificultad que ofrece el diagnóstico entre las anexitis y ciertas apendicitis de tipo inferior, con absceso difundido en la pequeña pelvis; por lo cual, V. Ferretti ha llamado nuevamente la atención sobre la importancia de la percusión del hueso ilíaco, ya señalada por Montenovesi; percutiéndole al nivel de la espina ántero-superior, ó inmediatamente por fuera de ella, se encuentra una submacidez ó una macidez más ó menos clara cuando existe un proceso inflamatorio apendicular, síntoma que falta en caso de anexitis derecha; por lo que este procedimiento puede servir para el diagnóstico diferencial entre las dos afecciones.

En estado normal la percusión de los dos huesos ilíacos, comparada, da un sonido idéntico, timpánico, más ó menos elevado, debido á la resonancia del intestino, pero siempre del mismo timbre. En el caso de apendicitis con colección pericecal, y aun en el caso que no haya supuración, el sonido timpánico es reemplazado por macidez ó submacidez.

Este signo es muy precioso, aunque no sea absolutamente patognomónico, porque se puede encontrar en otras afecciones de la fosa ilíaca. Pero el hecho importante bajo el punto de vista práctico es que no se encuentra jamás en la anexitis supurada, como ha podido ver Ferretti estudiando gran número de casos comprobados por la operación. (*Il Policlinico*, 20 Enero 1907.)

---

**Contribución á la operación de la úlcera gástrica perforada.**

El cirujano W. Körte hace del asunto un estudio completo que merece ser destacado.

En la primera serie, de 10 casos operados por él de 1891 á 1899, no tuvo más que una curación; en la segunda, de 19 logró 13 curaciones y 6 muertes, mejoría en los resultados que atribuye sobre todo á la precocidad de la intervención. La mortalidad se ha reducido á un tercio, cuando parece ser de dos en las estadísticas reunidas hasta ahora; sus observaciones, sumadas á algunas otras recientes de otros autores, forman un total de 95 intervenciones con 50 curaciones y 45 muertos; ¿á qué se debe la mejoría del pronóstico y qué conclusiones se deducen de ello? Körte ha buscado deducirlo por el estudio de sus casos.

De los 19, 14 eran hombres y 5 mujeres, inversamente á lo que sucede de ordinario; 1 enfermo tenía menos de veinte años, 14 de veinte á cuarenta, y 4 de cuarenta á sesenta; 4 carecían de antecedentes gástricos y la salud había sido siempre perfecta; 3 no habían tenido más que ligero malestar gástrico, y 12 tenían historia de estómago con frecuencia poco precisa, pero que orientaba para el diagnóstico. Sólo en 2 casos hubo hematemesis ó melena; y 4 veces tuvo lugar la perforación en antiguos gastro-enterostomizados, lo que prueba la persistencia ó recidiva posible de la úlcera después de su intervención. Casi siempre la perforación fué brusca y sin preparación; pero en 2 casos ocurrió, después de un esfuerzo violento, por aumento brusco de la tensión intra-abdominal; con frecuencia la perforación tuvo lugar por la noche durante el sueño.

Comenzó por dolor intenso, sincopal, náuseas, etc.; no hubo vómitos más que en seis casos, y se prolongaron raramente, por lo que debe concederse escaso valor á su ausencia. La contractura de la pared abdominal, dura y retraída, es el signo capital; el dolor asienta en la región epigástrica, algunas veces alrededor del ombligo, y aun es generalizado á todo el vientre; en cuanto á la sonoridad hepática, sólo en la mitad de los casos la perforación dió salida á gases en cantidad notable en las primeras horas; cuatro veces era de las más normales; de lo que deduce que debe averiguarse con prudencia; que es útil cuando se revela con claridad, pero que no es constante; el aspecto ansioso del enfermo es siempre sorprendente, siendo el diagnóstico mucho más fácil y preciso en las primeras horas, y más difícil á medida que aparece y se aumenta la peritonitis.

Es necesario operar en las primeras horas; ni aun en el período de colapso inicial es necesario esperar, pues el mejor medio de hacer cesar los accidentes es siempre cerrar la perforación, impidien-

do la caída al peritoneo de líquido séptico. La precocidad de la intervención es la base de la menor gravedad del pronóstico. De sus 19 enfermos, 6 fueron operados antes de la novena hora, y curaron todos; 3, de la décima á la diez y seis: uno curó, otro murió de una segunda perforación á los quince días y el tercero murió de peritonitis, no habiéndose hallado el orificio de perforación; 7 fueron intervenidos entre las quince y las treinta horas: 6 curaron y uno murió; y los 3 operados después de las treinta horas murieron.

¿Hasta qué fecha es posible intentar la laparotomía tardía? Varía según los tipos de infección y resistencia individual; no cree que debe operarse siempre y todas las peritonitis, como no se opera todos los cánceres, y la intervención *in extremis* no tiene valor, por lo que se ha abstenido en 4 casos desde 1900.

La intervención tiene dos puntos de mira principales: descubrir y suturar la perforación y limpiar el peritoneo; 17 veces de 19 encontró y cerró la perforación, punto esencial; las otras 2 hubo de limitarse á taponar y sucumbieron.

El enfermo es preparado con inyecciones abundantes subcutáneas y rectales de suero, é intervenido bajo anestesia general, para la cual prefiere la mezcla de cloroformo, alcohol y éter; se hace incisión media supra-umbilical, con desbridamiento á la derecha si hace falta; se rechazan los intestinos hacia abajo y á la izquierda con compresas; se eleva el hígado, baja la gran curvadura y mira la cara anterior, sobre todo en las vecindades del píloro y pequeña curvadura, asiento preferente de las perforaciones; la perforación de la cara posterior es rara; él no ha encontrado ninguna, pero debe buscársela por una hendidura del mesocolon.

La perforación puede no estar aislada; la resección total de la úlcera no la cree recomendable, pero estima que se deben escindir largamente los bordes de la perforación cuando están gruesos y friables, para poder efectuar en condiciones seguras la reunión en dos planos; aplica siempre un segmento de epiplón á la superficie de la zona suturada; nueve veces completó la intervención en el acto, haciendo gastroenterostomía posterior, curando siete y muriendo dos de los intervenidos, por lo que, si el estado del enfermo consiente prolongar la operación, le parece útil.

Para la limpieza del peritoneo prefiere los lavados con agua salada fisiológica de 40 á 45°; concede mediano valor al drenaje, prescindiendo de él si la reunión gástrica se hizo, y la cavidad peritoneal ha sido convenientemente evacuada; los cuidados post-operatorios son importantes, teniendo el suero todas sus indicaciones.

La curación por primera intención tuvo lugar en seis casos, habiendo sido precedida de algunos accidentes bronco-pulmonares y alguna supuración de la pared en los otros siete; y como los tejidos

parietales se infectan con mucha más facilidad que el peritoneo, hay que protegerlos bien con compresas durante toda la operación.

Ha intervenido también doce abscesos subfrénicos consecutivos á otro tipo de perforaciones gástricas; seis curaron, y seis murieron; por lo que concluye afirmando que los resultados operatorios en pleno peritoneo son hoy mejores que en las perforaciones en foco, cerradas y seguidas de supuraciones subdiafragmáticas. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1906, LXXXI, 1.ª parte.)

DR. R. LUIS Y YAGÜE

## Ginecología.

**Peligros de la narcosis morfio-escopolamínica en las parturientes,** por el profesor Pestalozza. (*La Ginecología*, Diciembre 1906.)

En el número de nuestra REVISTA correspondiente al mes de Agosto de 1906 dimos cuenta de un trabajo del Dr. Gauss acerca de los resultados obtenidos en la clínica de Friburgo con las inyecciones de escopolamina-morfina, empleadas en unas 600 parturientes, sin consecuencias desagradables ni peligros para la madre, y sin daño para el feto.

Hoy nos proponemos dar á conocer los inconvenientes, y aun peligros, que otros experimentadores han podido observar con dicho método, llamado á desaparecer de la práctica obstétrica.

El profesor Pestalozza se ocupa, en su revista *La Ginecología*, de los estudios hechos en la clínica de Roma, de la cual es director, estudios consignados en una Memoria por Barone, de los cuales se desprende que con el empleo de dichas inyecciones sólo se obtiene una disminución, pero no una abolición completa del dolor que acompaña á la contracción uterina, faltando á la vez el efecto que Gauss señala como casi constante en las parturientes, y es el que éstas no se den cuenta del dolor que puedan haber percibido confusamente.

El examen verificado por Barone respecto al estado psíquico de las parturientes sometidas en la clínica de Pestalozza á la narcosis morfio-escopolamínica, no revela el menor indicio de dicha forma especial de amnesia. En cambio, en uno de los casos observados se notó, durante la acción del remedio, un estado de excitación anormal, no faltando en otros signos de intoxicación en los recién nacidos.

Concuerdan las dudas y temores de Barone respecto á la narcosis morfio-escopolamínica con las conclusiones de la comunicación de Hocheinsen, corroboradas en la discusión que con este motivo tuvo lugar en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Berlín.

Según ellas, en el 50 por 100 de los casos el parto habría sido

más prolongado por la acción de la escopolamina; se presentó con más frecuencia la atonía en el período del alumbramiento; y en el 18 por 100 de los fetos se observaron signos manifiestos de intoxicación.

De las experiencias practicadas en la clínica de Bumm dió cuenta en esta discusión Bardleben, quien insistió acerca de la prolongación excesiva de las pausas entre las contracciones y sobre la incapacidad en que se encuentra la mujer para coordinar los esfuerzos expulsivos; refirió también un caso de muerte por hemorragia atónica después del parto, á la cual sospecha que contribuyó la escopolamina, tanto más, cuanto que la muerte no fué precedida de los fenómenos ordinarios de la anemia aguda ni de la agitación disneica que la acompaña, sino de una especie de estupor con midriasis acentuada y respiración superficial. Si á esto se une la frecuencia con que se prolonga el período de apnea del recién nacido, tendremos motivos suficientes para no aconsejar al médico práctico el uso de una sustancia tan venenosa cual lo es la escopolamina como analgésica en el parto.

---

**Acción de los rayos X sobre la gestación**, por M. Sébilleau.
(*Le Radium*, Septiembre 1906.)

En esta comunicación da cuenta su autor de los experimentos verificados para determinar la influencia que los rayos X ejercen sobre la gestación. El primer experimento se practicó en una coneja cubierta por un macho sano y bien constituído. Al cabo de una semana de gestación, la coneja preñada y en curso normal fué sometida á nueve sesiones de diez minutos cada una, ó sea noventa minutos en total al fin de la gestación, en cuya época tuvo el animal dos hemorragias consecutivas de origen útero-placentario y no parió hasta dos días después del término normal, siendo las crías de mucho menor peso que el ordinario, y sucumbiendo sucesivamente á las pocas horas de ser expulsadas. La madre, como consecuencia de la aplicación de los rayos X, sufrió una depilación seguida de una radiodermitis intensa de la pared abdominal.

Después de un reposo de veinte días, la misma coneja fué de nuevo cubierta por el mismo macho. La gestación siguió su curso normal y el parto se verificó á término, sucumbiendo muy pronto las crías.

El segundo experimento se llevó á cabo en otra coneja, que cubrió el mismo macho utilizado para la anterior.

Al cabo de tres semanas de gestación normal, esta coneja fué sometida á los rayos X, durando la exposición treinta y dos minutos, hasta obtener el teñido núm. 3 del cromo-radiómetro de Bordier. Al término de la gestación el animal parió varios conejillos vivos,

pero muy poco desarrollados, que sucumbieron igualmente á las pocas horas.

Sin perjuicio de proseguir estos experimentos, modificando la técnica, el autor cree que la acción de los rayos X sobre la gestación es muy sensible, puesto que llega á trastornar su evolución y su término.

Ya Doléris lo había demostrado en la mujer embarazada, y por esto no se han repetido los ensayos, más curiosos que necesarios, de diagnóstico por dicho medio.

---

**La amenorrea de las nodrizas**, por el profesor W. Thorn. (*Gynaekologische Rundschau*. Enero 1907-1 Heft.)

Según el profesor de Magdeburgo, la amenorrea de las nodrizas parece depender de una atrofia del útero que alcanzaría su mayor grado hacia el cuarto mes de la lactancia, en cuya época la longitud de la cavidad uterina puede reducirse á menos de 5 centímetros. Es un hecho de observación que cerca del 60 por 100 de las mujeres que lactan no menstrúan durante más ó menos tiempo; que el 25 por 100 menstrúan con irregularidad, y sólo en el 15 por 100 son normales las reglas, si bien este último hecho se observa sólo en las mujeres robustas y de gran resistencia. A pesar de las preocupaciones que siempre han reinado acerca de los perjuicios que puede acarrear el restablecimiento prematuro de la función menstrual en las nodrizas, el autor dice que lo único cierto es que durante la menstruación sólo se observa algún síntoma de inquietud en el niño, sin que llegue á ser un sufrimiento que obligue á suspender la lactancia, cosa que nunca está justificada por dicha causa.

La principal ventaja de la amenorrea en la mujer que lacta, teniendo en cuenta la idea del autor, de que la amenorrea se halla ligada á una hipertrofia transitoria, consiste en el retardo de una nueva concepción; no porque ésta sea imposible, aun sin tener la nodriza sus reglas, sino por ser más raro que de este modo suceda, como lo demuestra la observación diaria. Según Remfry, entre las nodrizas amenorreicas sólo el 6 por 100 conciben durante la lactancia, en tanto que de las que menstrúan ocurre la concepción en el 60 por 100.

---

**Puerperalización artificial de la matriz**, por el profesor Césare Marocco. (*Archivio italiano di Ginecologia*. Diciembre 1906. Nápoles.)

Con este nombre describe el ginecólogo romano un nuevo y particular método de reblandecimiento, dilatación y acortamiento del conducto cervical, para tratar las afecciones crónicas endo y mesouterinas.

En un extenso trabajo desenvuelve su doctrina el autor, haciendo un estudio anatómico y fisiológico diferencial de las dos partes del músculo uterino, cuello y cuerpo, tanto por lo que se refiere á la mucosa como por lo que corresponde al parénquima, bien diverso en sus elementos musculares y nerviosos; y fundando sus ideas en estos datos y en la distinta forma en que los agentes morbosos actúan sobre ambas partes, deduce que la mayor parte de las lesiones crónicas del útero, de sintomatología variadísima en cuanto á formas nerviosas, tienen su origen en el endurecimiento de la porción cervical del útero, sobre todo en su parte alta ó zona transversa de tejido uterino que comprende el orificio interno.

Y observando lo que ocurre en esta región del útero durante el embarazo y después del parto, y cómo estos estados modifican á veces lesiones dolorosas antiguas, modificaciones que sucedían también al reblandecimiento y dilatación obtenidos con su método, esto le indujo á darle la denominación que sirve de epígrafe á su trabajo, ó sea la de *puerperalización artificial del útero*, porque las condiciones que en el órgano se determinaban por dicho método presentaban estrecha analogía con las del útero después del aborto.

He aquí el *modus operandi*:

Cloroformizada y desinfectada la enferma, se aplica una valva y se hace descender el útero con la pinza de garfios, introduciendo la sonda en el conducto cérvico-uterino. Con un bisturí de botón muy fino y largo se penetra en el conducto un poco por encima del orificio externo, sirviendo de guía la sonda; con él se secciona de arriba abajo en toda su altura el conducto, procurando que las secciones sean radiadas y algo profundas; de este modo va cediendo gradualmente la resistencia de los tejidos, hasta el punto de permitir la introducción fácil del dedo en el conducto. La discreta hemorragia que sigue á estas incisiones se cohibe fácilmente introduciendo dos tiras de gasa esterilizada. Este tapón se renueva, según la necesidad, una ó dos veces en los días siguientes, limitándose después á practicar irrigaciones vaginales antisépticas.

DR. GUTIÉRREZ

## Laringología.

**Sarcoma osificante del maxilar superior**, por el Dr. Armando de Córdova. *(Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, año XI, núm. 17, 10 Septiembre 1906.)

Se trata de un niño de doce años, que tenía un tumor liso, rosado, duro, indoloro, que ocupaba casi todo el borde del maxilar superior izquierdo, de cuyo sitio los dientes habían desaparecido paulatinamente.

Por su implantación y caracteres macroscópicos, parecía un epu-

lis; su evolución, sin embargo, había sido demasiado rápida: dos meses. Los ganglios, indemnes.

Extirpó el neoplasma, resecó el borde alveolar y cauterizó con el termo el punto de implantación. Histológicamente, resultó un sarcoma de grandes células mielopláxicas.

Dos meses después se había reproducido. El Dr. Capote interviene más radicalmente: extirpa el maxilar superior. El neoplasma ocupaba totalmente el seno maxilar.

El autor se pregunta: ¿Se trataba de un simple epulis nacido en los alvéolos, ó era una manifestación de un sarcoma central? Se muestra partidario de lo primero, porque los sarcomas del cuerpo de los maxilares suelen ser encefaloides.

Por último, recomienda que en los casos de sarcoma de mieloplaxias se emplee desde luego cirugía radical para evitar reproducciones.

---

**Un caso interesante de colesteatoma del oído, absceso mastoídeo, enorme cavidad ático-antral fraguada espontáneamente, parálisis facial: curación sin osteotomía,** por el Dr. Suñé y Medán. *(Revista Barcelonesa de Laringología*, núm. 6.)

El amplio título de este trabajo nos ahorra hacer el extracto del caso clínico. Unicamente nos parece digno de mención el hecho de que la parálisis facial desapareció mediante las corrientes farádicas, lo que prueba que sus fibras mantenían la integridad anatómica.

También nos parece interesante señalar que falta en esa historia el análisis histológico de los productos, lo que quita valor á la afirmación que el autor de este trabajo hace de que eran colesteatomatosos.

---

**Sordera histérica,** por el Dr. L. Torrens. *(Revista Barcelonesa de Laringología* número 6.)

Una joven de veinte años, sin antecedentes de ninguna clase, y teniendo un oído finísimo, hace días se levantó de la cama completamente sorda; como único dato de valor, refiere que hace unos tres años, después de un disgusto intenso, se vió atacada bruscamente de ceguera unilateral, de la que curó espontáneamente á los pocos días; al cabo de algunos meses, y á consecuencia de otra emoción viva, la ceguera se reprodujo en el otro ojo, curando completamente en la misma forma que la otra vez.

No oye el reloj aplicado junto al pabellón; tampoco oye el diapasón aplicado en la mastoides, en la frente, en la barba y en el conducto auditivo; lo propio sucede por vía aérea.

El aspecto de la membrana timpánica es fibroso; perdida parte

de su elasticidad; las trompas bastante permeables, sin que mejore la audición después de practicar el cateterismo.

¿Cómo explicarse la naturaleza del referido caso? Por exclusión sólo se podía pensar en la sordera histérica.

Al cabo de pocos días volvió la enferma á la consulta, y el doctor Martín tuvo la feliz idea de coger una gran bocina de fonógrafo, y, gritando con todas sus fuerzas junto al pabellón de la enferma, vióse, con la natural sorpresa, que contestaba bien á las preguntas que se le dirigían; bajando gradualmente la voz, fué separándose hasta el extremo del despacho; la enferma repetía las palabras que se le dirigían; separó la bocina de la boca, bajó más la voz, y se pudo convencer que la enferma oía perfectamente.

Después de este resultado, disipáronse como por encanto las nebulosidades que rodeaban al diagnóstico, convenciéndose palpablemente de que se trataba de un caso de sordera histérica monosintomática.

---

**Un caso de cuerpo extraño del bronquio izquierdo,** por el Dr. Hirschauld. *(Monasschrift für Ohrenheilkunde,* XL Jahr., 12 Heft., 21 Enero 1907.)

Niño de diez y medio años con ligera disnea, fuertes golpes de tos, expectoración amarillenta, purulenta y muy fétida. Hace diez días sufrió un susto teniendo un trozo de carne en la boca, el cuase introdujo en las vías respiratorias, originando las molestias citadas.

Examen: ligero enrojecimiento y flojedad de las cuerdas; enrojecimiento de la mucosa traqueal; temperatura de la piel algo elevada; lengua sucia. Pulmón derecho: sonido percutorio completamente claro; respiración pueril. Pulmón izquierdo: sonido mate; respiración extraordinariamente debilitada: en la mitad superior estertores mucosos diseminados. Pulso regular. Corazón sano.

Puesto que no podía asegurarse que el cuerpo extraño no estuviera detenido en el esófago, y dado que se trataba de un trozo de carne sin hueso, sondó el esófago para ver de ahorrar otras molestias al niño. No se encontró el obstáculo, y puesto que sólo la broncoscopia da la seguridad diagnóstica, apeló á ella. Posición sentado, anestesia local con solución de alipina al 20 por 100, que recomienda por ser apenas tóxica. Introdujo el bronquioscopio de 7 milímetros, y después de mucho trabajo llegó á introducirle en el bronquio izquierdo, donde había mucho pus y muy fétido; no pudo coger el cuerpo extraño con la pinza en esta primera tentativa.

Introdujo un tubo de sección oblicua con objeto de poder llevar la punta entre el cuerpo extraño y el bronquio; y en efecto, con este aparato y con la pinza de cuerpos extraños de v. Schrotter llegó á cogerle, siendo extraído á la vez que el tubo.

Al día siguiente la fiebre llegó á 39° y se apreciaban fenómenos de bronquitis difusa; todo cedió en veinticuatro horas y el niño quedó completamente curado.

---

**¿Cuándo hay que practicar la operación radical en las otitis purulentas crónicas?**, por el Dr. Knapp. (*Archives für otology*, Abril 1906.)

Muchos autores son partidarios acérrimos del tratamiento conservador. Ballance es el único que establece que toda supuración crónica debe ser operada radicalmente. Koerner dice que la operación radical está indicada desde el momento en que hay manifiestamente lesiones óseas; recientemente se ha hecho más partidario de la extracción de los huesecillos y de los lavados con la cánula de Hartmann. Grunert obtiene muy buenos resultados de este modo. Schreibe no opera más que cuando el mal olor no desaparece al cabo de tres semanas. Jensen estima que cuando hay huesos cariados, la enfermedad no se cura sino aparentemente sin la operación radical.

Knapp piensa de este modo: la operación es urgente si hay dolores de cabeza, náuseas, vértigos, caries ósea, colesteatoma, y cuando estos síntomas no son aliviados por una pequeña intervención; en suma, cuando el tratamiento conservador no ha dado resultado.

---

**El contagio del ozena**, por el Dr. Lermoyez. (*Annales des maladies de l'oreille*, etc. Enero 1907.)

Admirable estudio etiológico del ozena. Después de analizar todas las teorías patogénicas de esta enfermedad, se muestra decidido partidario de la infecciosa, y racionalmente describe la evolución del proceso ozenoso, estableciendo una comparación con lo que ocurre en la blenorragia.

*a*) Lo mismo que el gonococo llegado á la uretra produce una uretritis aguda, el ozenococo llegado á la mucosa nasal produce una rinitis purulenta. Así se explica el contagio del ozena; así se comprende su pretendida herencia, que no es en el fondo más que el contagio en casa.

*b*) Lo mismo que la blenorragia pasa á blenorrea crónica, lo mismo la rinitis ozenosa pasa frecuentemente al estado de rinitis atrófica; la una y la otra tienen la misma tenacidad.

*c*) Más ó menos tarde la blenorrea produce una esclerosis de la mucosa uretral, que conduce á la estrechez; más ó menos tarde el ozena produce una esclerosis de la pituitaria, que conduce á la atrofia.

*d*) Se mejora la blenorrea dilatando la uretra; se corrige el ozena estrechando la nariz; pero esto no quiere decir que los cambios de calibre sean la causa de la enfermedad.

*e*) La blenorragia asciende á lo largo de las vías urinarias; el ozena desciende á las vías aéreas. La una ve abrirse delante de sí los canales seminíferos que la conducen al testículo; la otra encuentra el camino de las trompas libre para llegar al oído.

Este paralelo es ingeniosamente lógico.

La conclusión práctica que el autor deduce de su trabajo es: *Los ozenosos deben ser sometidos á las más grandes precauciones profilácticas, sobre todo con respecto á los niños.*

---

**Modificaciones al mango del mandrín para cánulas traqueales,** por el Dr. Cigna. (*Archivii ital. di laring.*, Octubre 1906.)

El mango está provisto de una articulación que permite plegarle lateralmente, haciendo así más fácil la extracción.

---

**El oído de un filósofo,** por el Dr. Menier (de Figeac). (*Arch. inter. de laringol.*, número 5, 1906.)

El célebre filósofo ginebrino J. J. Rousseau padecía una enfermedad cuyo diagnóstico ha sido muy discutido, y que él mismo, en sus *Confesiones*, describe así: «Sentí en todo mi cuerpo una revolución súbita comparable á una tempestad desarrollada en mi sangre y extendida rápidamente á todos mis miembros. Mis arterias latían frecuentemente, y yo sentía sus latidos, sobre todo el de las carótidas. Un gran ruido de oídos se unió á esto; y este ruido era triple ó cuádruple; un zumbido grave y sordo, un murmullo más suave como de agua corriente, un silbido muy agudo y el latido que acabo de decir y cuyos golpes, sincrónicos con los del corazón, podía contar sin tomarme el pulso. Este ruido interno era tan grande, que me quitó la fineza de oído que tenía antes y me volvió, no completamente sordo, sino duro de oído, como continúo desde aquel tiempo».

El Dr. Menier analiza muy cuidadosamente la vida del gran filósofo ginebrino, y afirma que era gotoso, artrítico y además neurasténico. Cita pasajes de la obra de Rousseau, en los cuales describe su propia enfermedad de mano maestra, pudiéndose apreciar que se trataba de un caso típico de neurastenia.

Y de origen neurasténico califica Menier los ruidos que padecía Rousseau. Desecha la presunción de sífilis, descarta la enfermedad de Menière por faltar los vómitos y los vértigos; y dada la brusquedad de su aparición y su marcha estacionaria, no cree que se tratara de esclerosis auricular.

DR. A. G. TAPIA

## Neurologia y Electroterapia.

### La meningitis cerebro-espinal.

De las discusiones habidas en la Sociedad de Medicina de Berlín acerca de la epidemia de esta enfermedad, sufrida recientemente en Alemania y estudiada por los doctores Heuke, Kitchener, Jafa, Bagiusky y otros, se han recogido interesantes datos sobre el curso y patogenia de esta singular afección.

En lo referente al punto de origen de la enfermedad no hay unanimidad de pareceres, pues mientras unos la creen importada de Austria, los austriacos y los rusos la suponen originaria de Prusia; pero lo cierto es que su gravedad ha sido mucho mayor que en la última epidemia de 1895 á 98.

Se ha comprobado también que su propagación no se efectúa por los mosquitos ni por las ratas, como ocurre en la malaria y la peste, respectivamente, sino que aquélla tiene lugar por el hombre mismo, aun en estado de salud.

De las importantes investigaciones llevadas á cabo por Lingelshein para descubrir la causa del padecimiento, resulta que, en el 57 por 100 de los casos, el líquido céfalo-raquídeo contenía en el vivo el diplococo de Weichselbaun, así como también el estafilococo. En el cadáver existía el meningococo en casi el 50 por 100 de los observados. Entre 635 enfermos examinados, sólo en 140 se encontró el meningococo en las secreciones nasales y faríngea; y entre 213 sanos, pero habitantes de las regiones contaminadas, se encontró dicho microbio veintiséis veces.

De estas observaciones se desprende que hoy no puede afirmarse que sea el meningococo el agente patógeno de la afección, á pesar de todas las probabilidades. Según Westenhœffer, la puerta de entrada del agente infeccioso sería la amígdala faríngea.

La meningitis cerebro-espinal es muy frecuente en la infancia, y es más que probable que muchas veces pase desconocida, pues los vómitos y convulsiones, tan comunes en esta edad, suelen ser atribuídos á otras causas. Según Bagiusky, es necesario pensar, cuando se trata de niños, en la otitis media; pero cuando el diagnóstico es principalmente difícil es en los casos de meningitis tuberculosa. Los síntomas más característicos de ésta, y que permitirán descubrirla, son, principalmente, según dicho autor, la rigidez de la nuca, el aspecto más alterado del líquido céfalo-raquídeo extraído por la punción, y lo poco acentuados que se observan, por regla general, los trastornos psíquicos.

Respecto á la profilaxis, admitiendo la puerta de entrada faríngea, debe recomendarse en tiempo de epidemia los lavados antisép-

ticos de la cavidad naso-faríngea, las pulverizaciones, etc., pues parece que la resistencia del microbio es relativamente débil, y puede admitirse la posibilidad de destruirle antes que pueda penetrar en las vías que han de conducirle al encéfalo.

Una vez declarada la enfermedad, sólo se cuenta con dos medios en los que puedan fundarse algunas esperanzas de éxito: las punciones repetidas, teniendo cuidado de evacuar poco líquido cada vez, y los baños calientes, medios sobre cuya utilidad están de acuerdo la mayor parte de los autores.

La mortalidad ha sido en Silesia de 51,7 por 100, y á pesar de que esta cifra es todavía bastante elevada, se aleja mucho, no obstante, de la observada en epidemias anteriores, en las que llegó á representar un 60 y hasta un 80 por 100.

---

**Mal perforante y tabes dorsal**, por el Dr. Raymond.
(Hospital de la Salpêtrière.)

Insiste el autor, en una de sus notas clínicas, en que siempre que estemos en presencia de un mal perforante debemos pensar en la tabes, y proceder con exquisita atención á descubrir los signos de esta última afección. Refiere á propósito el caso de un hombre que se presentó á su consulta para ser curado de un callo inflamado que había resistido á múltiples tratamientos. El callo no era otra cosa que un mal perforante: una ulceración profunda indurada, supurante y rodeada de una zona anestésica bien apreciable. Esta afección se encuentra, según Raymond, en un 95 por 100 de casos de tabes.

El enfermo había tenido, desde hace dos años, dolores en las extremidades inferiores, después en la cintura, é incontinencia de orina. En la actualidad presenta un número suficiente de signos para poder establecer un diagnóstico seguro. Es, además, un sifilítico, habiéndose presentado los primeros fenómenos tabéticos tres años después de la infección.

Entre estos fenómenos llama la atención una especie de caída de la mano y del pie, que se presenta de tiempo en tiempo, determinando una impotencia del miembro que apenas dura veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, signo que, si bien no muy frecuente en los tabéticos, fué ya descrito por Charcot como característico de la enfermedad. Otro de los síntomas que presenta el enfermo en cuestión es un pie contrahecho, deformación producida por un aumento de volumen de la extremidad. Esta localización de la artropatía tabética, aunque se ve con alguna frecuencia, suele ser á menudo desconocida por los médicos, y á este propósito recuerda el autor el caso de un individuo de treinta y cuatro años que presentaba una defor-

mación considerable de la cadera y parte superior del muslo, por lo cual su médico, temiendo una afección maligna, aconsejó la desarticulación de la cadera. Un examen atento puso de manifiesto la falta del reflejo rotuliano, así como la existencia de trastornos oculares tabéticos. Poco tiempo después se presentaba la misma alteración en la cadera izquierda, y la radiografía permitió la confirmación de que se trataba de una artropatía tabética coxo-femoral con atrofia ósea y destrucción del reborde cotiloídeo.

Estos hechos demuestran una vez más la importancia de un diagnóstico preciso y pronto que permita instituir un tratatamiento apropiado y evite esas intervenciones quirúrgicas en una enfermedad de tan antiguo conocida y descrita.

---

**Meningitis cerebro-espinal epidémica. Investigaciones bacteriológicas,** por el Dr. Comby Robinson. (*The American Journal of the medical sciences.*)

Se da cuenta en este trabajo de quince casos de meningitis cerebro-espinal, observados durante la epidemia de Filadelfia de 1905, y tratados en el hospital de Pensilvania. En todos ellos, el Dr. Comby Robinson tuvo ocasión de aislar el meningococo de Weichselbaum del líquido céfalo-raquídeo, obtenido por el procedimiento de Quincke.

Se obtuvieron también cultivos del meningococo, aislando el micro-organismo de la sangre circulante, así como también de la conjuntiva ocular. Sabido es que la conjuntivitis purulenta acompaña con gran frecuencia á la meningitis cerebro-espinal epidémica, constituyendo una de sus gravísimas complicaciones.

El estudio del Dr. Comby es en extremo interesante, porque viene á confirmar los de otros autores respecto á la etiología de esta terrible enfermedad, allanando así el camino para una terapéutica más racional, y sobre todo para la profilaxis.

DR. E. VILCHES

## Ósteo-artropatias y cirugia ortopédica.

**Contribución á la patogenia de la tarsalgia de los adolescentes,** por M. Froelich (de Nancy).

El pie plano valgus doloroso de los adolescentes es una de las afecciones que presentan síntomas más fáciles de reconocer.

No sucede lo mismo respecto de la causa productora de dicha deformidad.

Los autores alemanes se inclinan á hacer de esta afección la consecuencia de una estática viciosa, de una especie de enfermedad profesional, debida á la sobrecarga, cuya génesis explican fácilmente las consideraciones mecánicas.

Aludimos á los interesantes estudios de Lorenz y Schanz.

En Francia se tiende á atribuir el pie plano valgus doloroso de los adolescentes al llamado raquitismo tardío. El profesor Kirmisson, en su excelente *Précis de chirurgie infantile*, coloca esta lesión en el *grupo de las afecciones raquíticas*. Observa, y con razón, que bastante frecuentemente se encuentran signos de un raquitismo anterior en sujetos que padecen pie plano. Poncet y algunos de sus alumnos (Thévenot, Martín y Molimar) tratan de encajar algunos casos de tarsalgia de los adolescentes en el cuadro del *reumatismo tuberculoso*.

Aunque sin negar la existencia de éste en algunos casos, sería verdaderamente abusivo invocar la existencia de esta lesión, bastante rara, para explicar la patogenia de afección tan frecuente como la tarsalgia de los adolescentes.

Se ven niños padeciendo pies planos valgus sin el menor signo de raquitismo.

Esta categoría de pies planos atribúyela el Dr. Froelich á un defecto de sinergia entre los tibiales de una parte y los peroneos de la otra.

Los ligamentos, órganos esencialmente pasivos, no tienen parte alguna en su producción.

Se ven niños padeciendo pies valgus, llegar á la adolescencia andando sin fatiga ni dolor, por defectuosa que sea la estática de sus pies. Pero hay veces en las que no persiste esta indolencia. ¿Qué ha ocurrido, y por qué un pie plano valgus degenera bruscamente en pie plano valgus doloroso? Ni el aplanamiento de la bóveda plantar ni la posición del pie en valgus pueden explicar el dolor y la contractura, toda vez que á diario pueden verse individuos con deformidades notables andar sin dificultad alguna.

¿Cuál es la lesión que ha venido á agregarse al pie plano valgus haciéndole doloroso?

No es aventurado suponer que desde el momento en que hay contracturas y dolores hay lesión articular. Hasta cierto punto, esta es la teoría de Gosselin. Hay, pues, una artritis ó una ósteo-artritis qué se desarrollan en la articulación astrágalo-escafoídea, predispuesta á esta invasión más que ninguna otra por los traumatismos incesantes á que está sujeta durante la locomoción en virtud de su posición anormal.

No tendría nada de extraño que cierto número de estas artritis, que son la esencia misma y la característica de la tarsalgia, fuesen reumáticas.

Siendo el reumatismo crónico poco frecuente en los adultos, y la infección ósteo-mielítica, por el contrario, casi exclusiva en ellos, pudiera esta infección, muy atenuada, ocasionar lesiones poco inten-

sas, como los dolores de crecimiento al nivel de las rodillas y caderas y ciertas irritaciones fugaces de las articulaciones coxo-femorales, terminándose casi siempre por resolución completa ó por una ligera disminución en la amplitud de ciertos movimientos de esta articulación.

Por estas razones nos hemos preguntado si la artritis medio-tarsiana de la tarsalgia de los adolescentes podía obedecer á una infección mitigada provocada por el estafilococo.

Quitando un trozo de astrágalo y escafoides, previa cloroformización, y remitiéndolos en un tubo esterilizado al laboratorio, se han hecho análisis meticulosos, obteniendo en varios casos el resultado que se enumera á continuación: de siete casos, en cuatro se han encontrado estafilococos blancos, y en los tres restantes, uno tetrágenos, otro estafilococos amarillos y otro un bacilo indeterminado.

Dadas las minuciosas precauciones con que se han recogido las piezas óseas para ser analizadas, no cabe la duda de que una falta de asepsia haya determinado la presencia del estafilococo blanco en las preparaciones. Además, se han analizado trozos de hueso procedentes de enfermos operados en el mismo día, resultando perfectamente estériles.

Para terminar: pensamos que la característica del pie plano valgus doloroso es una ósteo-artritis desarrollada en un pie plano ya existente, siendo esta ósteo-artritis lo más frecuentemente estafilocócica, aunque puede ser algunas veces de naturaleza reumático-tuberculosa (Poncet y sus discípulos) ó puramente reumática (Kirmisson). Su naturaleza no es, pues, siempre la misma.

---

**Sobre un caso de elevación congénita del omoplato,** por M. Bourret.

Se trata de una niña de veinte meses, sin antecedentes de ningún género. Hace mes y medio fué cuando la madre observó que el hombro izquierdo era más voluminoso que el otro.

Al examinarla se aprecia desde luego la ya citada diferencia. El ángulo superior interno hace una voluminosa saliente en la mitad izquierda de la nuca, resultando la cabeza como hundida en el hombro de este lado. El ángulo inferior llega al nivel de la sexta costilla, mientras que en el lado derecho desciende hasta la novena. Enumera otros datos recogidos por inspección, siendo el más interesante el que arroja la radiografía, por la cual se aprecia la existencia de una pieza ósea que va desde las apófisis transversas del raquis cervical al ángulo superior interno del omoplato.

En vista de dicha radiografía, se decidió la intervención. Se encontró, efectivamente, inmóvil por completo el omoplato, y unido al raquis por una pieza ósea compuesta de dos bandas distintas que

se insertaban por arriba en la cara posterior de las apófisis transversas cervicales, terminando por abajo, una, al nivel del ángulo del omoplato, y la otra en la parte media de su borde espinal. Resecada esta pieza, el omoplato quedó bastante movible, pudiendo hacérsele descender con facilidad.

Una vez cicatrizada la herida, habiendo tenido un curso postoperatorio normal, se observó que el omoplato quedaba bastante elevado, á dos traveses de dedo próximamente por encima del derecho.

Los movimientos del brazo son completos, excepto la abducción. Durante estos movimientos se desplaza el omoplato, pudiéndosele imprimir fácilmente movimientos bastante extensos.

Roussell, Hibbs y Correl Loewenstein citan once casos análogos á éste, en los que existía la citada pieza ósea, cuyo origen no es muy conocido, habiendo bastantes teorías para explicarlo. Unos la consideran como el resultado de la proliferación de la epífisis que existe normalmente en el borde espinal del omoplato. Otros se fundan en la regresión para explicarla; se encuentra, en efecto, en la rana una prolongación análoga del borde interno del omoplato; en algunos peces se extiende esta prolongación hasta el raquis, donde se fija. El resultado obtenido por la operación ha sido bastante halagüeño, toda vez que si no se ha conseguido hacer volver por completo á su sitio el omoplato, se ha hecho que éste recupere sus movimientos, ampliándose, por lo tanto, los del brazo.

---

**Flexión congénita de la rodilla,** por Paul Tridon.

Cita tres observaciones inéditas y varias de diversos cirujanos, terminando con las siguientes conclusiones: La flexión congénita de la rodilla se encuentra en niños con frecuencia bien desarrollados, observándose, bien al nacer, bien algunas semanas después. Se caracteriza, como su nombre lo indica, por una posición más ó menos pronunciada de flexión de la pierna sobre el muslo, con posibilidad de aumentar la flexión, pero imposibilidad de realizar la extensión más allá de cierto límite. Los músculos del miembro inferior y la articulación de la rodilla no presentan lesión orgánica alguna, ni en general deformidad profunda. Otras deformidades pueden encontrarse en el mismo individuo; la más frecuente es el pie bot. La flexión congénita de la rodilla es lo más frecuentemente bilateral, atacando más particularmente á los niños. No se atenúa, sino al contrario, con el crecimiento, pudiendo llegar á constituir un obstáculo absoluto para la marcha.

Los músculos posteriores del muslo, que parecen ser por su retracción los causantes de esta posición viciosa, no están seriamente

modificados en su estructura. Las extremidades óseas se deforman secundariamente.

No sabemos nada de cierto respecto de la causa del acortamiento de estos músculos.

El tratamiento debe recurrir sucesivamente al enderezamiento progresivo, al alargamiento de los tendones, al acortamiento del esqueleto del miembro inferior.

(De la *Revue d'Orthopedie de Kirmisson*, 1907.)

---

**Del empleo de las tracciones en la coxalgia.**—Bradford.

Este cirujano dice que no hay más que un medio de inmovilizar la cadera, cuyo medio es el empleo de las tracciones continuas. El único medio de hacer que desaparezcan las contracturas musculares del comienzo y las desagradables consecuencias del exceso de presión intraarticular, es la extensión continua, tal como ha sido empleada desde hace cerca de cincuenta años por Sayre, Danis y Taylor. Empleándola desde el principio de la afección, se tiene derecho á esperar una curación funcional bastante perfecta, preferible á la anquilosis, que tantos ortopédicos buscan como único término posible de la coxalgia.

(*Am. J. of Orth.* Surg. 1906.)

---

**Influencia de las costillas cervicales sobre la circulación de los vasos gruesos del cuello.**—Broadbent.

Una joven fué á consultar con este cirujano, por padecer unas pulsaciones muy aparentes al nivel del cuello. Se apreció, en efecto, por encima del esternón y de la extremidad de la clavícula derecha un tumor pulsátil, que parecía un aneurisma. La carótida y la subclavia emergían de la parte superior y anterior de este tumor. La subclavia costeaba el ángulo anterior del trapecio para desaparecer bajo la clavícula en la unión de sus dos tercios externos. En el lado izquierdo se presentaba igual fenómeno, aunque menos pronunciado. La auscultación revelaba un soplo sistólico en este punto.

Como la enferma era más bien delgada, la palpación profunda permitió observar la presencia en cada lado del cuello de una saliente ósea, que no podían ser más que costillas cervicales. No existiendo compresiones al nivel del plexo braquial, no había ninguna razón para aconsejar la operación, al menos por el momento.

(*Brit. med. Journ.*, 1906.)

DR. JOSÉ DE PALACIOS Y OLMEDO

## Proctología.

**Tratamiento eléctrico de la fisura anal,** por el Dr. Zimmern. (*El Mes Terapéutico*, 1.° Diciembre de 1906.)

*Fisura esfinterálgica.*—El tratamiento de la fisura esfinterálgica, descubierto casualmente por Doumer, es, entre todas las aplicaciones de alta frecuencia, la que hasta ahora ha dado más brillantes resultados.

Es importante, antes de emprender el tratamiento eléctrico, inquirir minuciosamente los fenómenos subjetivos acusados por el enfermo, é investigar con cuidado la fisuración, pues existen estados morbosos (que podrían llamarse paraesfinterálgicos) completamente diferentes del síndrome esfinteralgia, y para los cuales no habría que pensar en la eficacia del tratamiento eléctrico.

Ciertos enfermos acusan, efectivamente, dolores perirrectales, sensaciones de quemadura y escozor en el momento del paso de las materias (ulceraciones sin espasmo), tenesmo, contracciones (espasmos sin fisuras). En estas circunstancias, la alta frecuencia puede dar resultados, pero inciertos.

Fuera de los procedimientos médicos, procedimientos suaves, insuficientes la mayoría de las veces, el método de elección en el tratamiento de la fisura era, hasta ahora, la dilatación forzada del esfínter. Pero teniendo en cuenta la notable proporción de curaciones obtenidas por las corrientes de alta frecuencia, corresponde el primer lugar en el tratamiento de la fisura al tratamiento eléctrico. Indudablemente, los resultados no son tan rápidos como en la dilatación forzada; pero en cambio, no es necesario practicar la anestesia, que en este caso particular no está completamente exenta de peligros.

El manual operatorio es muy sencillo. Se colocará el enfermo en posición dorsal ó genupectoral, ó mejor aún, en la llamada de «gatillo». El electrodo condensador, bien vaselinado, unido á la extremidad del resonador, se introducirá con suavidad en el ano. Generalmente, la introducción del electrodo se verifica con una ligera presión de la mano; pero algunas veces la contracción del esfínter hace que esto sea imposible; en este caso, basta mantener el electrodo apoyado algunos instantes en la margen del ano, haciendo pasar la corriente. La contracción no tarda en ceder, y entonces penetra el instrumento fácilmente.

Una introducción de 3 á 4 centímetros basta generalmente.

Ciertos autores prefieren electrodos metálicos al electrodo condensador. Doumer se sirve de un electrodo metálico de forma cónica y de punta roma.

La intensidad conveniente es fácil de determinar cuando se em-

plea el electrodo de mango de cristal. Tomando el mango á mano llena, se regula el resonador desde la intensidad mínima, hasta que en la parte vacía, anular del electrodo, se perciba una luz violeta que no produzca ninguna sensación desagradable.

La aplicación no ocasiona ningún dolor, y los enfermos sólo notan una ligera sensación de calor en el ano. Si esta sensación llegara á ser insoportable, habrá que detener algunos instantes la corriente, de modo que el cristal del electrodo pueda enfriarse.

Cada sesión durará de tres á seis minutos próximamente.

El número y la frecuencia de las sesiones varía en cada enfermo, y dependen principalmente de la rapidez de la mejoría que se obtenga. Casi siempre se nota un alivio notable después de la primera ó de la segunda sesión, y las posteriores no hacen más que completar el resultado obtenido. El espasmo disminuye de intensidad; el paso de las materias es cada vez menos doloroso. La curación de la fisura se verifica, generalmente, al mismo tiempo, pero en algunas ocasiones se observa que no está aún cicatrizada, á pesar de haber desaparecido desde algunos días antes los espasmos y el dolor.

Asimismo, otras veces parece que no se nota mejoría aun después de cinco ó seis sesiones; en este caso bastará, según Doumer, suspender las aplicaciones durante algunos días, para verla aparecer desde que empiezan las nuevas sesiones.

El número de sesiones necesarias para obtener la curación varía de cinco á seis días.

¿Cuál es, en este caso, el modo de obrar de la alta frecuencia?

Los autores han tratado de explicarlo atribuyendo los resultados obtenidos: 1.°, á la propiedad de las corrientes de alta frecuencia de *disminuir la excitabilidad* de los nervios motores, lo que permitiría comprender la acción moderadora sobre la contracción; 2.°, á su acción sobre la sensibilidad, lo que podría explicar la *inhibición* del reflejo esfinterálgico; 3.°, y finalmente, á una acción de alta frecuencia sobre el proceso de *reparación* de la lesión anatómica misma, acción trofoneurótica análoga á aquella cuyos efectos hemos señalado en el tratamiento de ciertas lesiones cutáneas (llagas atónicas), etc.

---

**Tratamiento radical de las hemorroides.** *(Münch. Mediz. Wochens.)*

Coplasen emplea como tratamiento de las hemorroides el método operatorio de Vhitead, con ciertas modificaciones, y lo recomienda mucho por los buenos resultados que ha observado en 29 enfermos que ha operado. En vez de la anestesia general, hace uso de la raquiestovainización, y afirma que con ésta se logra una insensibili-

dad completa. La dosis empleada varía de 0,06 á 0,10 c. de estovaina. Una modificación importante consiste en que las cuatro suturas de los cuatro puntos cardinales que sirven para sostener elevados los trozos preparados de recto no son dirigidos en forma que interese la pared intestinal toda, sino solamente hasta la submucosa, á favor de la cual se previenen con gran seguridad infecciones secundarias. La aplicación de la sutura definitiva se ejecuta de tal forma, que empezando por la línea media anterior se van escindiendo sucesivamente los trozos correspondientes de intestino en pequeñas porciones en una y otra mitad, y al mismo tiempo se hace también la sutura con catgut. Después de la operación se procura y sostiene el estreñimiento del enfermo administrando el opio, y caso dado de que se presente retención de orina, se procede al sondaje. A los siete días de operado el paciente se le prescribe el aceite de ricino y se practican lavados del intestino con líquidos antisépticos dos veces por día. Casi siempre tiene lugar la curación, pudiendo los enfermos á los diez días estar completamente restablecidos.

(*Siglo Médico*, Diciembre 1906.)

---

**Contra las hemorroides.** (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, Enero 1907.)

Sutherland recomienda una pomada compuesta de

| | |
|---|---|
| Adrenalina | 0,03 gramos. |
| Parafina líquida | 3 » |
| Vaselina blanca | 12 » |
| Esencia de geranio | 3 gotas. |
| Lanolina | 15 gramos. |

Contra las hemorroides externas se sirve con buen resultado de las lociones efectuadas con solución de acetato de plomo, sulfato ferroso, percloruro de hierro, ácido tánico ó tintura de hamamelis. Si hay hemorragias prescribe los enemas de agua helada adicionados de pequeñas cantidades de adrenalina.

Al presentarse una crisis hemorroidal, lo mejor, según el referido colega, es la aplicación de una vejiga de hielo ó de cataplasmas calientes de harina de linaza, renovadas con mucha frecuencia, haciendo guardar cama al enfermo y aplicando supositorios de morfina ó de clorhidrato de cocaína en caso de que los dolores fueran más fuertes.

Cuando, á pesar de todo, no se obtiene resultado, no hay más remedio que recurrir á la dilatación aséptica de la vena dilatada, extrayendo después el coágulo y prescribiendo lociones y fomentos muy repetidos con solución de ácido bórico al 30 por 1.000.

---

**Tratamiento no quirúrgico de las hemorroides.** *(Les Causeries Medicales.* Ozenne.)

Están, por de pronto, aconsejadas las pulverizaciones fenicadas calientes, las aplicaciones de compresas, ó mejor de esponjas impregnadas en agua caliente; estas esponjas, bien exprimidas, se mantienen en el sitio sobre los tumores inflamados, á condición de que su temperatura no sea demasiado elevada. A estos medios convendrá agregar el uso de algunas sustancias calmantes (belladona, cicuta, beleño, opio, morfina), ya bajo la forma de supositorios, ya bajo la forma de pomada iodoformada. Allingham prescribe además fomento con el glicerolado de tanino ó una pomada de calomelanos, cuya aplicación produce un escozor bastante vivo, es verdad, pero que sólo es pasajero, yendo rápidamente seguido de disminución de la turgescencia.

En los casos de hemorroides internas los medios paliativos están indicados; algunos medicamentos internos que gozan de una propiedad descongestiva están recomendados. Tales son el hamamelis virgínica (en decocción, en tintura: 2 á 5 gramos; en extracto seco: 5 á 15 centigramos); el cápsicum (extracto: 50 centigramos á 1 gramo en píldoras); y la ergotina, bastante infiel, á la verdad.

El Dr. Preissmann trata los tumores del modo siguiente: con una solución iodo-iodurada de glicerina impregna pequeños tapones de algodón que aplica sobre las hemorroides, teniendo cuidado de renovarlos cada tres ó cuatro horas.

Estas aplicaciones son un tanto dolorosas al principio, por lo cual conviene, si el sujeto es muy sensible ó si las hemorroides están inflamadas, comenzar por una solución débil (glicerina 25 gramos, iodo 20 centigramos, ioduro de potasio 2 gramos), para llegar gradualmente á una más concentrada (iodo 1 gramo y ioduro 5 gramos). De esta suerte se vería disminuir rápidamente el volumen de las hemorroides, cicatrizarse en poco tiempo las ulceraciones y, hasta en los casos más inveterados y graves, obtenerse la curación, generalmente en dos ó tres semanas.

---

**Estreñimiento y aborto.** *(El Mes Terapéutico*, Enero de 1907.)

¿Cómo puede el estreñimiento producir el aborto?

Según Bouchet, por las siguientes causas:

1.ª Las materias fecales, acumuladas en la última parte del intestino, comprimen el útero y lo rechazan en retroversión.

2.ª La compresión de las venas ilíacas determina la congestión intensa de todos los órganos pelvianos, y particularmente del útero.

3.ª La coproctasis modifica la composición de la sangre, que está

más cargada que normalmente de ácido carbónico, cuya acción excitante sobre la fibra uterina es un hecho bien conocido.

4.ª La reabsorción de las toxinas intestinales, alguna de las cuales tienen acción convulsiva, obra sobre el útero, determinando en él contracciones dolorosas precoces.

5.ª La inflamación del intestino grueso, consecutiva á su obstrucción, puede, ó estimular por fenómeno reflejo las contracciones uterinas, ó, por proximidad, infectar el huevo, que muere y se expulsa.

---

**Heridas penetrantes del recto.** *(Société de Chirurgie.* Séance du 16 Janvier 1907.)

El Dr. Sieur, médico militar, hace la siguiente historia: He tenido ocasión de intervenir en un caso de perforación de la pared anterior del recto en un joven que se hallaba sentado sobre una regla. La laparotomía practicada á la mañana siguiente del accidente me permite apreciar, independientemente de la perforación del recto, dos perforaciones de la vejiga; el peritoneo parietal y las asas delgadas estaban rojas; había, pues, signos evidentes de peritonitis. Hice un lavado con 5 ó 6 litros de suero y suturé en seguida las heridas vesicales y del recto. Algunos días después de mi intervención se derrama una cierta cantidad de pus por la herida rectal, que fué drenada, produciéndose después una fístula vesical, que combatí con la sonda permanente. Esta fístula se oblitera rápidamente, y la curación se produjo por fin.

---

**Estrechez fibrosa del recto.** (*La Presse Médicale*, Sociedad de Cirugía de París.)

El Dr. Sieur presentó un enfermo que padecía disentería por primera vez en 1895, afección que recidivó todos los años. En 1902 presentó fenómenos de oclusión cada vez más acentuados, debidos á una estrechez anular del recto, localizada á 6 ó 7 centímetros del ano. La estrechez fué tratada por la dilatación progresiva, y el enfermo se encontró bien durante algún tiempo; pero después se reprodujeron la estrechez y los fenómenos de oclusión, acompañados de dolores agudísimos y de gran enflaquecimiento. En Octubre de 1904 fué preciso formar un ano ilíaco. El estado del enfermo mejoró con rapidez; pero á consecuencia de un ataque de gripe fué acometido de cólicos intensos, localizados en el trayecto del intestino grueso, acompañados de contracciones intestinales tan acentuadas que á cada una de ellas el ano ilíaco se retraía con fuerza en el vientre. Para corregir estos cólicos, que atormentaban de un modo horrible al enfermo y le impedían alimentarse, el Dr. Sieur creyó necesario formar un nuevo ano en el lado derecho, á la terminación del intes-

tino delgado, para evitar que las materias circularan por el intestino grueso.

Los cólicos cesaron como por encanto, y el enfermo pudo alimentarse, mejorando su estado general, que al mes era bastante satisfactorio para que el Dr. Sieur pensara en la conveniencia de extirpar el recto estrechado. La operación fué difícil, porque hubo necesidad de aislar el recto, envuelto en una verdadera ganga fibrosa inflamatoria. Resecó así unos 15 centímetros de este intestino, y unió el cabo superior con la piel, formando un ano coxígeo. Algún tiempo después cerró el ano derecho, y después el ano ilíaco (la oclusión del primero produjo cólicos, pero sólo por pocos días), y hoy, dos años después de la última operación, este individuo se encuentra bien; no padece cólicos más que cuando está estreñido, y la continencia del ano es bastante satisfactoria. Al tacto rectal se descubre una nueva ampolla formada por encima de los elevadores. El estado general de este individuo nada deja que desear.

(*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Enero de 1907.)

DR. F. MARTÍNEZ SUÁREZ

## Vías urinarias.

**Procedimiento sencillo para esterilizar al momento toda clase de sondas,** por el profesor Igglani. (*Gazzeta d'Osped. e de Clin. L'Étoile Médicale*, Octubre 1906.)

Encontrando defectuosa el autor la ebullición como medio de desinfectar las sondas, propone el siguiente, de ejecución sencilla y fácil: Cójase un tubo de ensayo, á cuya abertura se adapta un trozo de tubo de goma de 30 centímetros de longitud por 15 milímetros de anchura, se llena de agua el tubo de ensayo y se agrega sulfato sódico; introdúcese la sonda dentro del agua y se obtura el tubo de goma con un tapón perforado, provisto de un escape lateral, colocando el todo un poco oblicuo; hágase hervir en la llama de una lámpara de alcohol. En un minuto tiene lugar la ebullición; habiendo demostrado el autor, con algunas experiencias, que la esterilización es perfecta. No es necesario que el tubo de ensayo esté lleno de agua, porque ésta, al hervir, se eleva á bastante altura.

---

**La blenorragia que mata,** por el Dr. Jullien. (*L'Étoile Médicale*, Octubre 1906.)

En una lección que el cirujano de San Lázaro ha publicado en la *Revue Internationale de Médecine et Chirurgie,* con el título citado, pasa revista á todas las causas que en el curso de la blenorragia pueden causar la muerte del enfermo, siendo mucho más numerosas

de lo que se cree generalmente. Dejando á un lado las peritonitis y demás localizaciones abdominales, las meningitis espinales, prostatitis, estrecheces uretrales más ó menos tardías, señala como más importantes las relativas á complicaciones cardíacas, mortales casi todas.

Sin citar todos los casos que recopila de diversos autores, hay algunos muy interesantes que merecen mencionarse. Un enfermo de Golz, de edad de veintiocho años, muere á consecuencia de una artritis blenorrágica complicada de endocarditis; el gonococo fué encontrado en las válvulas. Finger, Gon y Schlagendhaufer obtienen una inoculación positiva en la uretra de un moribundo con gonococo procedente del corazón de un joven de diez y nueve años muerto de endocarditis valvular aórtica. Sibut, interno de Jullien, ha publicado el caso de una mujer de su clínica, en la que ingresó con el corazón perfectamente sano, saliendo con una endocarditis de la que sucumbió no mucho después.

Resumiendo, las complicaciones cardíacas del proceso gonocócico, aunque no muy frecuentes, han pasado de ser meras curiosidades patológicas, y este hecho hay que tenerlo presente en el pronóstico de dicha enfermedad.

---

**Cistalgias de la mujer**, por el Dr. Rochet, de Lyon. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires*. París, 15 Julio 1906.)

Es de observación frecuente en mujeres de treinta á cincuenta años ciertos accidentes vesicales, muchas veces dolorosos y rebeldes á todo tratamiento, cuya característica es etiología oscura, no pudiendo, por tanto, relacionarse con las causas ordinarias de las cistitis (blenorragia, tuberculosis, etc.).

Los comienzos suelen ser insidiosos: poco á poco se presentan deseos frecuentes de orinar, con ligero escozor; más tarde sensación de quemadura y aumento en la polaquiuria, revistiendo esta afección la fisonomía sintomática de una verdadera cistitis; hay que hacer notar que la imperiosa necesidad de orinar no adquiere, sin embargo, la intensidad que en las cistitis tuberculosas, por ejemplo: aquí la enferma puede retener cierto tiempo la orina después de la aparición del deseo. Los dolores son variables en su intensidad; sin embargo, y á diferencia de los de la cistitis tuberculosa, se calman en el intermedio de las micciones.

La orina es turbia en muchos casos, pero hay que tener presente otros en los que, examinada repetidas veces, no presenta turbidez aparente, hecho que fuerza á admitir las cistalgias al lado de las verdaderas y clásicas cistitis. De mucha importancia, bajo el punto de vista del diagnóstico diferencial, es la ausencia de sangre en la

casi totalidad de casos, pese á la intensidad de los dolores y aparte toda maniobra de exploración.

Histológica y bacteriológicamente, no difiere de las cistitis verdaderas.

Veamos los datos que nos proporciona la exploración: practicando el tacto vaginal en la porción prevesical de la uretra, aparecen el dolor y la necesidad de orinar, y estos mismos síntomas, más atenuados, tocando la cara vaginal de la vejiga. El paso de una bola exploradora por la uretra, que demuestra la libertad de su luz, se hace muy doloroso al nivel del cuello; cuando éste se ha franqueado, la presencia del instrumento es mejor tolerada. Respecto á la sensibilidad de la vejiga á la distensión, es variable, pues mientras unas soportan 70 ú 80 gramos de líquido, otras no toleran ni aun 30 gramos; hagamos notar que la intolerancia no alcanza los límites que en la cistitis tuberculosa, por ejemplo, en la que está reducida al mínimum de capacidad.

Oscura, como hemos dicho, la etiología de esta afección, hay que tener sumo cuidado para no confundir estas cistalgias con la cistalgia premonitoria de una tuberculosis renal, hecho hoy bien conocido; asimismo se presta á confusiones el principio de la tuberculosis vesical: un examen detenido de vejiga y riñón, análisis químico y bacteriológico de la orina, inoculaciones, etc., pondrá en claro la cuestión; los cálculos, tumores y pólipos uretrales se descartarán, previo un reconocimiento completo del aparato urinario inferior.

En muchas mujeres se puede explicar por causas de origen genital, metritis, salpingitis, prolapsos, desviaciones, fibromas, etc., y sin que se consideren como causa única y directa de la cistalgia, pueden ser el pretexto sobre un terreno neuropático de antemano.

Los procesos gonocócicos y puerperales antiguos que se dieron como curados (pero que en realidad dejaron turbidez más ó menos marcada en la orina, filamentos más ó menos abundantes) por la ausencia de la polaquiuria y el dolor pueden invocarse como factores etiológicos, y cuando en estas circunstancias aparece la cistalgia, es crónica y rebelde desde luego. La cistitis gripal y la gotosa que se observa en ciertos enfermos como secuela de grandes descargas úricas, entran en la lista de causas provocadoras de las cistalgias. No hay que olvidar que ciertas formas de cistalgias van desprovistas de aspecto turbio en la orina, no revelando el análisis más minucioso ni pus ni filamentos: esta es la verdadera neuralgia, el trastorno funcional nervioso en toda su pureza (1).

---

(1) Este verano tuve ocasión de observar un individuo, empleado en una casa de comercio de Madrid, con todos los síntomas de una agudísima y violenta uretro-cistitis, pero con orina absolutamente clara y sin filamentos. Al cabo de unos cuantos días de observación detenida, minucioso examen de su aparato urinario é interrogatorio amplio

El pronóstico de esta afección es tan variable como numerosas las causas que la producen, y por consiguiente á éstas hay que atenerse.

Referente á tratamiento, desde los lavados y las instilaciones con las soluciones clásicamente empleadas, cauterizaciones del cuello vesical con nitrato de plata al 1 por 50 ó 1 por 100, curación del proceso uterino ó anexial, hasta la dilatación uretral, las tallas hipogástrica y vaginal, secciones internas del esfínter, escisiones esfinterianas parciales, dilatación forzada y resección de la rama perineal de los nervios pudendos internos, tales son los medios propuestos (1).

---

**Nueva operación para la cura del cistocele vaginal**, por el Dr. W. Hey Groves. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires*, París, Julio 1906.)

Los métodos actualmente empleados para la cura del cistocele vaginal consisten en la escisión más ó menos extensa de la pared vaginal anterior, reunión de los bordes y formación de una cicatriz soporte de la vejiga.

En el mes de Marzo de 1905 publicó un trabajo Ernest W. Hey Groves, en el que, haciendo notar que el verdadero suelo pelviano lo constituían los músculos elevadores, sostiene como método más racional dirigirse á ellos, cuyas ataduras son fijas, que no á partes movibles como la vagina; partiendo de esta base, Groves traza una incisión transversal de un gran labio al otro, á 3 centímetros por detrás del meato uretral, dividiendo todo el espesor de la vagina; sepáranse los bordes, uno hacia arriba y otro hacia abajo, y con el dedo ó el mango del bisturí se liberan uretra y vejiga de la pared vaginal, apareciendo entonces los bordes de los músculos elevadores, que se les pone en contacto sin necesidad de gran tensión; se ponen dos ó tres suturas á través del mayor espesor de los mismos (á centímetro y medio del borde), anudándolas sobre la cara externa de uno de ellos; para más seguridad se hace otra sutura fina entrecortada y se termina resecando la porción de mucosa vaginal exuberante, reuniendo la incisión primera con catgut.

---

con ausencia de toda clase de antecedentes patológicos, lo diagnostiqué de neuralgia uretro-vesical (con irradiaciones á los testículos y ano): curó en muy pocos días con la exalgina y continúa bien.—DR. CARLOS NEGRETE.

(1) Consúltese el trabajo original de Rochet, del cual hago un ligero extracto que cuadre á las dimensiones de la sección *Revista de Revistas*.—N. DEL T.

**Prolapso de la mucosa vesical á través de la uretra en la mujer,** por el Dr. Villar, de Burdeos. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires*, 1.º Agosto 1906.)

El autor publica la observación é intervención de un caso de este género, poco frecuente en la práctica, y acerca del cual, y por su misma rareza, extractaremos lo más importante, referente á sintomatología, diagnóstico y tratamiento. La afección principia por dificultad más ó menos grande al orinar, disuria que puede llegar hasta la retención completa por la oclusión del orificio del cuello; á veces se interrumpe bruscamente el chorro de orina, para volver á aparecer; al cabo de algunos meses aparece el síntoma patognomónico, la presencia de un tumor en la parte superior de la vulva, más ó menos globuloso, rojo, sangrando, sin indicios de orificio central, como se observa en el prolapso de la mucosa uretral; la porción herniada está rodeada por el canal uretral, pudiendo deslizarse una sonda entre este último y el tumor, lo cual permite observar que dicha tumoración procede de la vejiga, pudiendo circunscribirse el pedículo, cuyas dimensiones varían; muchas veces la dilatación uretral es tan exagerada, que se puede tocar con el dedo el punto de implantación del pedículo.

El prolapso de la mucosa se acompaña de dolores en ocasiones intolerables, y cuya intensidad aumenta á medida que es mayor el tumor; estos dolores alteran la salud de la enferma en términos que hay anorexia, insomnio y adelgazamiento.

El diagnóstico es más ó menos fácil, según observemos la afección en su primera ó segunda etapa: en la primera, caracterizada únicamente por disuria y dolores lumbares, puede confundirse con una cistitis, cálculo, tumor, hernia incompleta de la vejiga, ó ya con una nefroptosis, hidronefrosis intermitente; se impone, pues, una exploración atenta y detenida, palpación abdominal, tacto vaginal, sondaje, cistoscopia, etc.

En el segundo período se simplifica el diagnóstico; sin embargo, hay que establecer las diferencias que la separan de la hernia total vesical, tumor pediculado de vejiga, pólipo uretral y prolapso de la mucosa uretral; la hernia total de la vejiga forma una tumoración de paredes gruesas, y observando con cuidado se ve salir la orina por los orificios ureterales; el pólipo pediculado de la vejiga da sensación de masa dura y elástica; los pólipos uretrales son generalmente pequeños; asientan preferentemente en la pared inferior del canal; el prolapso de la mucosa uretral es un tumorcito que forma parte del meato, y en el centro de dicho tumor se encuentra el orificio del canal.

El pronóstico depende, más que de la afección en sí, de sus complicaciones: cistitis, etc., etc.

En cuanto á tratamiento, y aparte el cateterismo contra la retención, tisanas, baños emolientes, linimentos y cataplasmas en el hipogastrio, calmantes contra el dolor, cauterización del tumor, ligadura simple del pedículo, hay dos medios: la ablación por las vías naturales ó por vía abdominal, siendo éste el preferible, dada la inocuidad de la talla hipogástrica y la posibilidad de extirpar todo lo necesario.

---

**La arhovina,** por el Dr. Ernest R. W. Frank. (*Annales des mal. des organ. génito-urinaires.* París, Agosto 1906.)

Después de pasar revista á los diversos balsámicos hoy en boga para el tratamiento de la blenorragia, hace un estudio de la arhovina, preparada por el Dr. Horowitz; no es un balsámico, es un producto de adición de difenilamina y ácido timo-benzoico etéreo, líquido de olor aromático, peso específico 1.055, sabor fresco, ligeramente quemante (por lo cual sólo se puede tomar en cápsulas de gelatina), insoluble en el agua, fácilmente soluble en el alcohol, éter, cloroformo y aceite; reabsorbible en el estómago á los quince é veinte minutos; no produce náuseas, eructos ni otros trastornos digestivos, y se da á la dosis de 8, 10 ó 12 cápsulas de 0,25 por día.

Agrega el autor tener la convicción que tanto en las infecciones blenorrágicas como en otras de las vías urinarias, las complicaciones irritativas disminuyen considerablemente con la arhovina, hecho que se observa claramente en los procesos inflamatorios de la uretra posterior y del cuello de la vejiga.

---

**Absceso metastásico de la próstata y hemoglobinuria consecutivos á un flemón difuso del antebrazo: muerte repentina,** por el Dr. Legrain. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires.* París, Septiembre 1906.)

He aquí un resumen de la historia clínica: el 14 de Febrero del corriente año ingresa en el servicio del Dr. Legrain un carbonero de treinta años con un flemón difuso del antebrazo derecho; practícale amplias incisiones, que no detienen los progresos de la enfermedad; el 21 del mismo mes amputa el pulgar y quita el metacarpiano correspondiente, sitios por donde empezó la infección; continuando su evolución, hace nuevos desbridamientos y prescribe irrigaciones antisépticas calientes, mejorando el estado local; desde su entrada toma el enfermo levadura seca de cerveza.

El 10 de Marzo se queja el enfermo de dolores en el hipogastrio; el 18 no puede orinar; se le sonda, siendo el cateterismo doloroso; absceso de la próstata; baños de asiento dos veces al día.

El 20 de Marzo, en el momento de pasar la sonda al nivel de la

próstata, se abre el absceso, saliendo sangre y pus por la sonda; se la retira, y acaba de vaciarse por la uretra. Se prescribe el salol á la dosis de un gramo diario; prodúcese una hemoglobinuria intensa; suprímese el salol, desapareciendo la hemoglobinuria; á los tres días vuelve á tomarlo, y nuevamente se repite el fenómeno; el enfermo está mejor, sin fiebre; se levanta, come; súbitamente, el día 2 de Abril, muere en el patio del hospital.

En la autopsia se encuentra la próstata reducida á una corteza fibrosa; los riñones, congestionados intensa y uniformemente; las demás vísceras, sanas. Los abscesos y metástasis de la próstata son raros; en este caso, la presencia de estreptococos en cadeneta en el pus del absceso prostático, indicaba una metástasis prostática de la infección del antebrazo.

---

**Informe sobre el tratamiento de las nefritis,** por el Dr. J. Albarrán, presentado al Congreso de Lisboa en la sesión del 24 de Abril.

En dos grupos las divide: nefritis y pielo-nefritis agudas infecciosas y nefritis toxémicas.

En las pielo-nefritis infecciosas agudas uni ó bilaterales, basta el tratamiento médico (1); en caso de lesiones unilaterales graves con abscesos miliares diseminados, la operación de elección es la nefrectomía; en la pielo-nefritis infecciosa aguda bilateral grave, se puede hacer nefrostomía doble tratándose de sujeto joven; si es de edad avanzada, más vale la abstención; en las nefritis agudas ó subagudas toxémicas, cuando los síntomas de oliguria y uremia amenazan la existencia, aconseja practicar la nefrostomía.

En las nefritis crónicas distingue las parcelarias y las difusas poco avanzadas, y dice lo siguiente: en las parcelarias hemorrágicas todas las intervenciones son buenas, expresando su opinión de que obran por las modificaciones nerviosas que determinan, insistiendo en que hay que hacer amplia decorticación del órgano, y terminando con el desconsolador hecho de que en cinco de sus operados de nefritis parcelaria hemorrágica observó la continuación de la nefritis después de la desaparición de la hemorragia, y en otros dos volvieron dichas hemorragias.

En las nefritis crónicas se puede esperar de la intervención quirúrgica modificaciones en los episodios agudos de uremia; en estos enfermos la operación es muy grave, y únicamente se encontraría

---

(1) Hace tres años tuve ocasión de asistir un enfermo afecto de pielo-nefritis aguda bilateral, en las casi postrimerías de una infección eberthiana, y curó al cabo de dos meses con dieta láctea exclusiva, urotropina al interior y revulsión á las regiones renales; continúa en perfecto estado de salud; le veo á menudo.—Dr. Carlos Negrete.

justificada cuando los accidentes amenazan la vida del enfermo y han fallado todos los recursos médicos.

Estamos, pues, en un período constituyente en el que todavía no se puede juzgar en definitiva del valor real de la intervención en las nefritis.

---

**Estudio crítico de los diferentes medios que permiten conocer el valor funcional del riñón,** por el Dr. Pasteau. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires.* París, 15 Octubre 1906.)

En este trabajo estudia el autor las ventajas é inconvenientes del cateterismo ureteral y de los separadores de orina (especialmente los de Luys y Cathelin), llegando á las siguientes conclusiones: Se hará el cateterismo ureteral cistoscópico siempre que quiera explorarse el uréter y la pelvis renal y, en particular, cuando se sospeche la existencia ó no de una retención renal; el cateterismo ureteral sin cistoscopio (con las sondas rígidas de Pawlick y ayudados de un tubo más ó menos análogo á los empleados para uretroscopio é introducido hasta la vejiga; procedimiento antiguo de Kelly y más moderno de Luys y Cathelin), siempre que se desee recoger separadamente orina de un riñón y coexista una fístula vesical; la división intravesical vive de las contraindicaciones del cateterismo ureteral, como son: corta edad, vejiga muy pequeña, enturbiamiento fácil del medio vesical, imposibilidad de descubrir el meato ureteral por anomalía congénita ó adquirida. La división intravesical sólo da resultados seguros cuando se recoge orina hematúrica ó piúrica de un lado sin hematuria ó piuria del otro, y en el caso de encontrar microbios bien determinados, por ejemplo, bacilos de Koch en un solo lado; y para que tenga todo su valor real, es preciso que el cateterismo vesical, hecho á seguida de sacar el instrumento, demuestre que no hay residuo en la vejiga.

---

**Inconvenientes de la introducción de un tallo metálico á través del tubo del uretroscopio ó del cistoscopio de visión directa.**

De un trabajo del Dr. Raymond Bonneau, titulado *Inconvénients du transformateur du courant electrique de la ville dans le cas où l'on veut pratiquer une galvano cauterisation de l'urèthre ou de la vessie à travers le tube endoscopique à vision directe*, me ha parecido conveniente entresacar un párrafo cuyo epígrafe queda arriba citado, porque contiene pequeños detalles de técnica que el especialista debe tener presentes; he aquí las palabras del autor: «En uno de mis enfermos, el cistoscopio de Nitze me demostró la existencia de un cálculo del tamaño de una nuez pequeña, y muy móvil; la exploración de la sensación de contacto con los diversos explorado-

res metálicos había sido negativa, como igualmente al querer tocarlo con el pico del cistoscopio; deseando clara y terminantemente diagnosticar por el tacto, coloco al enfermo en posición de Trendelenburg y practico una cistoscopia directa, consiguiendo después de algunos tanteos que el cálculo se coloque en el campo de visión del cistoscopio; cojo un mandrín metálico y lo introduzco á través del tubo hasta tocar la piedra.

En el momento de retirar el mandrín se produce una chispa en el orificio exterior del tubo cistoscópico, la lámpara se apaga, vuelve á encenderse al mismo tiempo que el enfermo sufre una sacudida; he aquí lo sucedido: el aparato de Luys está esencialmente constituído por dos placas superpuestas, de las que la una lleva el hilo de cobre interior de la lámpara, y la otra la envoltura exterior de la lámpara y el tubo cistoscópico, de tal modo, que la corriente pasa sucesivamente por la primera placa, hilo interior de la lámpara, filamento de la misma, envoltura exterior y segunda placa; las dos placas están separadas por un cuerpo aislador que no cubre más que la superficie de contacto, quedando al descubierto el resto. La mano que coge las dos placas á la vez, es mala conductora para que la corriente tome otro camino menos resistente que el de la lámpara, no ocurriendo lo mismo cuando un tallo metálico toca á la vez las dos placas; salta la chispa, y el contacto establecido hace que la corriente siga un camino más corto y menos resistente; la lámpara se apaga.

Para evitar este contratiempo, haced caminar el mandrín lo más lejos posible del mango y por la pared opuesta á la lámpara, y aun se puede tomar la precaución de aislar la parte superior del mango con una hoja de caoutchouc.»

Dr. Carlos Negrete

# BIBLIOGRAFÍA

**Cálculo pulmonar.—La lucha antituberculosa en Portugal (I.—Sanatorios marítimos para niños.—II. Dispensarios para niños enfermos), por el Dr. F. Calatraveño.**

Con estos títulos publica tan notable y conocido escritor, reunidos en lindo folleto ilustrado con varios grabados, la curiosa historia de una enferma que en Junio de 1903 arrojó un cálculo pulmonar irregular del tamaño de un guisante, de composición calcárea, muriendo al Marzo siguiente de pleuresía; seguida de copiosa información y atinados juicios. Y las observaciones y descripción del funcionamiento de los tres sanatorios marítimos de Portugal, que ha tenido ocasión de visitar, y un estudio de los dispensarios para niños enfermos de la misma nación, instituciones que luchan conjuntamente contra la tuberculosis, apoyadas en la cultura general y en S. M. la Reina Amelia, fundadora de uno de los dispensarios y augusta protectora de cuantas obras de beneficencia existen en el vecino reino.

Aun sin lo interesante de los asuntos, la galanura y amenidad del estilo del Dr. Calatraveño, uno de nuestros mejores, más antiguos y laboriosos escritores, harán siempre interesante este folleto.

---

**Sociedad española del radio y sus aplicaciones; establecimiento de aguas radio-azoadas.** Director facultativo: Dr. D. Arturo Pérez Fábregas.

No pueden ser expuestas con más concisión que se hace en el opusculito en que se da á conocer la apertura del establecimiento de aguas nitrogenadas artificiales radio-activas, los fundamentos y utilidad de aplicación de este nuevo agente terapéutico; basadas en la utilidad probada de las aguas azoadas y en la entrevista del maravilloso radio, cuyas particularidades amenazan cambiar no pocas nociones fundamentales de la física y la interpretación del motivo de eficacia de las aguas minerales.

La racionalidad de la aplicación emprendida no puede ser mayor; y como á ello se une una instalación acabada, como hemos tenido ocasión de ver, y una dirección facultativa inteligente y discreta, cabe augurar á tan científica tentativa un éxito feliz, que vivamente la deseamos.

# VARIEDADES

## «Helioterapia.»—Maximiliano Mehl.

«De hecho es la luz el más próximo generador de la vida, y, por consiguiente, de una importancia mucho más grande que se piensa en general.» (*Ufeland Macrobiotik*, página 87.)

Habiéndonos ocupado en esta REVISTA no sólo de los procedimientos de curación seguidos en el Instituto Helioclimatoterápico de Niza, titulado *La Mantega*, sino de otros seguidos por el genial Arnoldo Rikli, prometimos continuar nuestra tarea en sucesivos artículos, y hora es ya de satisfacer nuestro compromiso, refiriendo someramente ciertos casos prácticos citados por Maximiliano Mehl, que padecía de «lupus vulgaris», y que á la sazón es propietario de un sanatorio sito en Oramenburg, cerca de Berlín.

Cuyo autor, en su folleto *Mi helioterapia*, dice, entre otras manifestaciones, lo siguiente:

«En un hermoso día otoñal del año 1899, volvía con desesperación de la Clínica, ansioso por curarme, donde concurría en demanda de la salud no conseguida con otros médicos particulares. Preocupado por el temor de perder la nariz, bastante cercenada en sus aletas, me retiré á mi habitación pensando en un descubrimiento que evitara el avance destructor de mis tejidos, que afectaba ya al labio superior. Ante mi vista apareció un vidrio de aumento que, recibiendo los rayos solares, resplandecía fuertemente, y lo tomé en mis manos para encender, mediante el calor producido por los mismos, la pipa, que previamente fué ocupada de tabaco, al fin de fumar á escondidas, cual pudiera realizarlo cuando era un alumno del Cuerpo de cadetes de Postdam.

Sin motivo racional alguno, puse en práctica la idea de aplicar al mismo tiempo los rayos luminosos concentrados sobre mis llagas luposas, sirviéndome de la lente en la mano derecha y en la izquierda un espejo, sufriendo un gran dolor y observando el interesante proceso sobre mi piel de tal suerte iniciado. Ésta comenzó á carbonizarse, dejando una costra ó detritus áspero y oscuro. Visto por mi mujer todo ello, una vez sorprendido con su presencia, me aconsejó que no repitiera el experimento, temiendo la rápida destrucción de mi rostro. Pero yo, dando el supuesto de que la combustión producida por el sol no podría ser peor que el cauterio á que constante-

mente fuí sometido con la piedra infernal y el alambre enrojecido, olvidé el consejo para continuar dicho procedimiento. Bien pronto todos los que me observaban á diario tuvieron ocasión de apreciar que la costra carbonosa se desprendía y que las heridas iban poco á poco siendo más pequeñas, con gran producción de pus. Mi mujer, con fruición secundaba después mi tratamiento, hasta que, disminuída en invierno la intensidad del sol, nos vimos obligados á suspender el procedimiento. Mas al llegar la primavera del año 1890 continuamos la curación, encontrándome en verano completamente curado, sin recaída alguna. Los testigos de mis ocho años de sufrimientos aconsejáronme, al ver mi perfecto estado de salud, que hiciera propaganda respecto al método de curación indicado. Pero hasta que transcurrieron dos años no desapareció por completo mi escepticismo; decidiéronme á ponerlo en conocimiento del ya fallecido gran inventor Werner von Siemens, no sin suplicarle me indicase la ruta que hubiera de seguir para extender mi método á otros enfermos. Por medio de su hijo Hizodo de Siemens se me hizo saber, en carta del 7 de Septiembre de 1892, que el Dr. Renvers tenía la misión de conferenciar conmigo respecto al descubrimiento. Cuyo doctor, después de reconocerme y admirarse de la cicatrización de mis heridas, aplazó á la primavera próxima otra nueva observación, que si fuera favorable, promovería su decisión de aplicar el indicado tratamiento á los enfermos de lupus en la Real Charité, puesto que en su casa faltaba el sol.

Llegada en 1893 la primavera de tal año, tras el convencimiento de mi decisiva curación, comenzó dicho doctor tratando á un pastor llamado Burmester, del Lanenburg, que yo le presenté y que padecía de lupus hacía treinta y dos años, por lo cual tenía la mejilla derecha carcomida con su ectropion correspondiente. Transcurridos seis meses, escribía Herr Burmester sobre el buen aspecto de su mejilla, hasta el punto de que el médico de su pueblo exclamara:

«En toda mi vida he visto un lupus tan bien curado.»

Conocí poco después una señorita de diez años, Ida Junge, que padecía de un *lupus vulgaris* desde niña, ocupando lo afecto en la mejilla el tamaño de una moneda de dos marcos. Presentada por mí al Dr. Renvers, que confirmó el diagnóstico, le aconsejó éste que se dejase admitir en la *Charité* para tratarla por mi método. Pero no queriendo ingresar en el Hospital, hube de tratarla yo, y en ocho sesiones quedó sin huella alguna que hiciera creer en el lupus.

En Mayo de 1898, el Dr. Winsen tuvo la desgracia de cortarse un dedo cuando practicaba la autopsia del cadáver de un tuberculoso, resultando la herida de dos centímetros de longitud sobre el dorso de la falange media del dedo en la mano izquierda, cuya herida, que penetraba hasta el corion y sangraba copiosamente, fué

desinfectada y envuelta en una pequeña venda de gasa esterilizada. Pero si al principio iba la herida curándose normalmente, más tarde los bordes se mostraron inflamados y afectos á una infección crónica, que produjo un *lupus diseminatus* y *ulcerans* verdaderamente típico, sin que pudiera confundirse con la sífilis, por cuanto el tejido circundante mostraba una zona de infiltración y los brotes no eran cobrizos, sino más sólidos y transparentes, aparte de lo cual pudieron verse también al microscopio los bacilos tuberculosos. El mismo enfermo, entusiasta de la dietética y física, intentó al principio combatir el mal por la fototerapia, compresas de vapor y el régimen vegetariano, sin otro resultado que estacionarle, más bien por la naturaleza del lupus que por el tratamiento empleado. Y en 1899 adquirió el enfermo un estado inquietante, provocado por un ligero ataque de influenza, presentándose muestras de cansancio y debilidad en un brazo, no menos que dolores en la axila y aumento de volumen en los ganglios linfáticos. Pensando ya el enfermo en curarse seriamente, decidió consultar al eminente cirujano Lexer, toda vez que nadie practicaba en Berlín el método Finsen, y no podía aquél trasladarse á Copenhague, donde era tal método conocido. Y si bien se le operó entonces haciéndole el injerto epidérmico del brazo, con el cual injerto la piel transplantada llegó á estar perfectamente adherida, el lupus se presentaba cada vez peor, encubriéndose dentro de una piel lisa y sin ulceraciones que escondía innumerables tubérculos extendidos internamente en una región doble más grande que antes. Con oportunidad recibió entonces una esquela de Müller, en que se anunciaba la apertura de su clínica, mediante la instalación Finsen, con el fin de curar las enfermedades cutáneas. A cuya clínica, establecida en Grosse Hamburgewtz, 18, Berlín, acudió para someterse á tratamiento, previa consulta con Müller, que observó la presencia de gran número de tubérculos. Con lo cual á las tres semanas se encontraba el dedo sano. Pero es de advertir una circunstancia, que bien puede figurar como glorioso epílogo del citado caso. En los primeros días de haberse herido el enfermo, habíasele caído, durmiendo, la venda que envolvía el dedo referido. Tal vez sintiendo prurito en el ano, se frotó con la mano en este sitio, transportando inconscientemente de tal suerte el lupus, que pudo ser observado dos años después de la primera infección al tomar un baño de asiento, y con motivo de sentir un dolor en la región coxígea. Cuyo foco luposo, del tamaño de dos pesetas, encontrábase en dirección de arriba abajo, afectando á parte del esfínter. Para evitar que el peligro se propagase al recto, era preciso un tratamiento tan veloz como enérgico. En sus estudios teóricos había sabido el enfermo que en Oramemburg (Berlín) residía el inventor de la helioterapia, Maximiliano Mehl,

aparte de que se acordara del elogio á favor del mismo que le había hecho Bergmann y Liebreich. Decidióse á visitar á Mehl, y habiendo visto sus notables curaciones de lupus, se hizo curar por el propio inventor. Prodújosele así una herida inflamada con la misma extensión que la de una moneda de cinco pesetas. Todo cirujano sabe que en tal sitio son las heridas de muy difícil curación; y aunque ésta se iba curando por sus bordes, pero con tal lentitud que á las ocho semanas sólo estaba reducida á la mitad. Al observar que repetidamente la herida alternaba en el aumento y disminución del

**Mehl y su esposa aplicando su método helioterápico.**

tamaño, sin que pudieran concebirse esperanzas sobre su completa curación, se ensayaron los nuevos preparados mercuriales de la compañía Vitafer, pero sin éxito alguno, no obstante de que al principio pareció verse alguna mejoría. Llegado el mes de Septiembre, el enfermo, libre de obstáculos para poder dedicarse á su salud, se decidió á entrar en el Sanatorio de su colega Hotz (de Tinkenmule), donde se produjo la impresión de que la dolencia era constitucional y profundamente arraigada, siendo secundarias las manifestaciones locales. Y así lo hacía suponer la palidez del semblante, la brillantez de los ojos, el andar vacilante y otras perturbaciones orgánicas generales. Aparte que la herida, de cuarenta milímetros de largo por quince de ancho, presentaba el aspecto de una quemadura con

bordes rubicundos é infiltrados, aunque pareciera en vías de curación, puesto que en torno de ella se veía una delgada capa epitelial, aún humedecida en algunos sitios.

Una vez en el Sanatorio citado, el enfermo fué sometido al plan siguiente: por la mañana á las ocho, baño completo de 43° centígrados durante una hora, con enfriamiento paulatino hasta 36°, y luego ducha de 15°. Desde las nueve en adelante, baño de aire primero y de sol después, consagrando atención preferente á la herida. Después de comer repetíase lo mismo, hasta las cinco de la tarde. Y después, previa aplicación de una compresa húmeda, era servida la cena. El alimento lo constituía una taza de infusión de cacao como desayuno, vegetales sólo en la comida, y un vaso de leche, pan y frutas como cena. A los pocos días púdose observar gran adelanto curativo en el proceso de la herida. El tejido epitelial, antes humedecido, se tornó más seco y solidificado, presentando día por día un anillo concéntrico epitelial, con lo cual se podía presagiar una curación rápida en doce ó catorce días. Mas transcurridos doce de éstos, la herida, que entonces presentaba un diámetro oval de 10 por 6, mantenía gran secreción, no menos que un carácter inflamatorio manifiesto y visible mediante la intensa iluminación que producía un reflector. El sitio curado con el óxido mercurioso aparecía casi negro, expulsando las partes del tejido desgarrado, y la extensión de la herida iba en aumento, adquiriendo 40 y 15 centímetros de longitud y latitud, respectivamente. Cuyo estacionamiento, ó mejor dicho, retroceso, en la parte tratada por el mercurio, nos movió á continuar el tratamiento sin más que reducir á 32° centígrados la temperatura del baño caliente. La reproducción de la herida en el sitio tratado por las sales de mercurio fué considerada tal circunstancia como síntoma favorable al que había de seguir la curación completa. El peso del cuerpo había aumentado en tres kilos, el semblante se tornó fresco y sano, y el estado general era excelente; y sin incidente desagradable alguno, tras algunas semanas, la herida cicatrizó por completo.

Con tales resultados se puso de manifiesto la diferenciación clara y evidente respecto á los dos rumbos marcados en el proceso, local uno, cuando la herida enrojecía y mostraba su tendencia á la desecación en el caso de administrar baños calientes, y otro cuando la misma herida, mediante la ducha fría y enérgica, segregaba por contracción un líquido amarillento como presagio de segura curación.

Por tales motivos Mehl se hizo adepto del procedimiento, llegando á ensayar la aplicación de la luz concentrada del sol en muchas otras enfermedades. Así, pues, se decía: si yo puedo curar de ese modo tan sencillo el lupus vulgaris, ¿por qué no podría hacer lo mis-

mo en otras afecciones cutáneas? Y en efecto, en dos sesiones, según él nos refiere, se curó una niña de siete años con un tumor hemático en la mucosa del labio inferior, sin que resultase con cicatriz alguna. Más adelante (1) la señorita María Geser, de veintitrés años, también fué curada de otro tumor gris en el labio superior, bastando una sesión solamente. De igual modo fueron tratadas con feliz resultado muchas verrugas, pequeños tumores carnosos y otras anomalías anatomo-patológicas de las que desfiguran notablemente el semblante, así como ojos de gallo, excrecencias de las uñas y condilomas. Asimismo la llamada sífilis local fué objeto de este tratamiento, pudiendo citar entre otros ejemplos un cochero de Berlín que durante veinte años había estado sometido inútilmente á innumerables métodos curativos, entre ellos la hidroterapia; razón por la cual se veía dominado de tedio, hasta el extremo de pensar en el suicidio. Cuyo individuo encontrábase cubierto de ulceraciones y pequeñas pústulas en la región genital, presentando también *ulcus durum* por dentro del labio inferior. Aun cuando en tales circunstancias no se puede pensar en una curación definitiva, el paciente lleva un año libre de su enfermedad, sin perjuicio de que se abstiene de bebidas espirituosas, se lava continuamente, vegeta al aire libre, se abstiene de las comidas excitantes y presenta aspecto robusto, siendo muy problemático confiar en que no sufra alguna recaída. Sin embargo, conviene hacer constar que la curación de la sífilis local es relativamente más rápida que la del lupus vulgaris, tumores de la piel y otras afecciones cutáneas crónicas.

Veamos ahora, pues, lo que Mehl dice, refiriéndose á la curación del llamado cáncer cutáneo, á quien Bergmann considera como «hermano político del cáncer».

«Después de mi primera conferencia en la Sociedad del Magnetismo, se me presentó en 13 de Noviembre de 1894 un señor de cincuenta y tres años y de dos quintales de peso, que dijo ser el canciller secretario Beck, del real presidio de policía de Berlín. Hacía dos años y medio que padecía de cáncer en el labio, sin que su médico pudiera extirparlo, por más medicaciones que empleaba. A las tres sesiones aplicándole los rayos solares concentrados, encontrábase el enfermo sin las pápulas. Pero lo poco favorable del tiempo, unido á la circunstancia de que, viéndose el enfermo mejor, no quiso faltar al servicio de su cargo, motivó que se suspendiera la cura hasta Marzo del año siguiente, en que con cinco sesiones más quedó el Sr. Beck completamente sano.»

Bueno es consignar ahora que la helioterapia de Mehl ha encon-

(1) Citados éstos y otros muchos casos por G. Martín de Leipzig en Lichtkuren.

trado el apoyo y ayuda eficaz de los médicos, cual se desprende de sus mismos escritos.

Aparte de lo cual, bien merece exponerse que S. M. el Emperador Guillermo, así como la Emperatriz, cooperan á los desvelos de Mehl, pagando de su peculio particular la cura de los enfermos pobres en el sanatorio de Mehl en Oraniemburg, cerca de Berlín.

Aunque hasta aquí fueron señalados los grandes beneficios obtenidos con la aplicación terapéutica de la luz solar, no menos se requiere, en nuestro entender, que sean conocidos los peligros á que expone la práctica de la helioterapia. Para ello, justo es reproducir las palabras de Mehl siguientes: «Cuando el cauterio solar no se aplica hábilmente sobre la piel enferma, dando lugar á que la sana también sufra su acción, no sólo se le producen al paciente dolores inútiles, sino que le quedan cicatrices duraderas, que suelen ser eternas, pues ora se destruye una parte del cuerpo papilar, ora la más profunda de la red mucosa ó corion; resultando que si bien por compensación se reproduce tejido celular, con su tenue cubierta de epidermis, deja este nuevo tejido como rastro una cicatriz de feo aspecto, aparte de que en los sitios cerca del tejido óseo aparecen pérdidas de sustancia que constituyen cicatrices en forma de embudo. Aun resultaría daño mayor con la aplicación poco experta si se trata del párpado superior, que puede quedar perennemente levantado, sin que el ojo pueda cerrarse, no menos que en lo relativo al párpado inferior también se corre el peligro de su caída constante, apareciendo desfigurado el paciente, de igual modo que en el caso de un completo cierre de la conjuntiva, de la unión de vértices comisurales en la boca, dificultando el hablar y la masticación. No menos pueden quedar los dedos encogidos, á trueque de que no sirva el cauterio solar si es suave. Antes de atreverme á cauterizar á nadie lo hice muchas veces sobre mi piel propia y sobre la de mi mujer. Cada nuevo enfermo motivaba nuestra preocupación, pensando en los beneficios y perjuicios que podían originarse, hasta el punto de llegar al descrédito nuestro régimen curativo. Y si hoy me encuentro familiarizado con la práctica del mismo, al principio sufrí muchas noches de insomnio. Por lo cual es evidente que se requiere buen juicio, mano segura, fuertes nervios y un exacto conocimiento de la anatomía, puesto que el cauterio con la lupa resulta tan arriesgado como en otras operaciones el bisturí.»

Por el método de Mehl curan hoy dos médicos norteamericanos, Barnes y Thayer, en Nueva York. El primero afirma que curó el cáncer en la piel mediante la lente, sin que produzca cicatriz. El segundo escribe:

«Ningún cauterio puede compararse al de los rayos solares concentrados, toda vez que se los puede aplicar á los sitios más delica-

dos, y se hallan siempre bajo el dominio del operador, sin perjuicio de que le soporta bien el organismo, por cuanto la irritación é inflamación consiguientes son breves y ligeras, cesando el dolor cuando se retira la lente. Yo traté una úlcera de veinticuatro años, hueca, con tendencias corrosivas, de bordes levantados, la cual úlcera curó en el espacio de unas semanas, cual quemadura. Además curé un cáncer epitelial, cicatrices del pezón, y borré unos tatuajes hechos con pintura india.»

—

No faltaron detractores del sistema, ni escépticos que se dedicaron á negar los felices resultados obtenidos con la luz así aplicada; hubo quien indicara que los baños de vapor y otros procedimientos semejantes bastaban para curar, cual pudiera conseguirlo los rayos solares concentrados. Apoyan su argumentación diciendo que la luz, al ser un medio común y habitual, carece de poder bastante á despertar en nuestro organismo esa fuerza enervadora que cambie decididamente el proceso patológico, como tampoco la despiertan en sumo grado el agua, el alimento y el calor, puesto que se hace preciso para contrarrestar y curar ciertas enfermedades, cuya génesis y curso se desarrollan en lo íntimo é intersticial de los tejidos, que sean otros los agentes capaces de llevar su influencia á la profundidad de las masas orgánicas.

Razón tal vez tuvieran los que así se expresan, si dichos agentes se aplicaran terapéuticamente en análogas circunstancias y con igual poder é intensidad que el actuar sobre el organismo, sustentándole é integrándole. Pero no cuando esos mismos agentes se aplican modificando lo normal y espontáneo de sus influencias sólo hasta el límite de conseguir en el sér viviente una excitabilidad restauradora que le devuelva el estado normal perdido.

La luz solar obra desde luego sobre la superficie exterior directamente; pero también propaga sus efectos por el interior mediante el sistema nervioso, que se encarga de transportarlos. Véase, si no, lo dicho en un artículo anterior tratando sobre la luz bajo el aspecto fisiológico é higiénico. Recuérdense los movimientos quemotácticos y mióticos de las células y otros movimientos y transformaciones que se pueden observar al microscopio, y tales movimientos y transformaciones celulares no sólo son de naturaleza física, debidos á dilataciones y retracciones, endósmosis y exósmosis, sino movimientos tactiles defensivos y marchas á modo de falanges que emprenden las series celulares en los procesos de inflamación, nutrición, procreación y brote. Cuyas manifestaciones de la vida de reabsorción de las metamorfosis progresivas y regresivas que se producen por sutiles cambios moleculares, pasen inadvertidas muchas veces á los medios de investigación más precisos.

La inclusión terapéutica de la luz ha de dar gran relieve á nuestra época, dejándose entrever que será uno de los agentes más frecuentemente usados é importantes.

DR. EDUARDO MASIP

---

**El Dr. Federico Rubio** (1).—Llegar á una edad avanzada, haber ocupado altos cargos en la política, conquistar renombre científico universal, merecer el respeto y admiración de los contemporáneos y escuchar á todas horas las bendiciones de los desvalidos, son dones sociales que pocos consiguen; y entre los felices mortales que lograron la conquista de todos ellos, puede señalarse al eximio doctor cuya gloriosa exaltación acaba de celebrar lleno de júbilo el mundo médico.

Es la figura de D. Federico Rubio una de las que más se destacaron en el último tercio del pasado siglo, y una de las personalidades que más brillo y prestigio han dado á nuestra carrera en los muchos años que la ejerció.

Puede decirse de él, sin temor á equivocarse, que fué siempre el hombre de las iniciativas y de las originalidades; recién llegado á Madrid, procedente de Sevilla, donde primeramente ejerció, y comenzando por aquella época los trabajos histológicos que tan grandes servicios habían de prestar después á la Medicina, el Dr. Rubio abrió cátedra de materia tan ardua, siendo el primero que inició en España tales estudios y cabiéndole la honra de haber instruído á la juventud médica en tan importante rama de las ciencias biológicas.

Sintiendo dentro de sí el deseo de agrandar el campo de sus investigaciones clínicas, afanoso de transmitir sus conocimientos, de crear escuela, de establecer en España la enseñanza de la llamada en el extranjero alta cirugía, fundó el Instituto de Terapéutica Operatoria, que le valió no pocos sinsabores y enemistades, pues sabido es que en nuestro país la envidia es vicio nacional, y que el infeliz que sobresale entre sus condiscípulos y coetáneos ya puede prepararse á sufrir traumatismos de todo género.

Digan lo que quieran los amigos y adversarios del Dr. Rubio, el Instituto de Terapéutica Operatoria fué el punto de partida de la regeneración quirúrgica de España, donde, apegados á la tradición, costó grandísimo trabajo implantar ciertas maniobras y procedimientos curativos, ya pasados de moda por puro sabidos en otras naciones, y que en el Instituto adquirieron carta de naturaleza desde el primer día de su fundación.

Laboriosos fueron los primeros pasos dados en pro de su ideal;

---

(1) *Revista de Sanidad Civil*, núm. 115, 20 Diciembre 1906.

pero no era el Dr. Rubio de aquellos que retroceden una vez emprendido un camino; y pensando siempre en empresas de mayor vuelo, se dedicó, mientras las realizaba, á ordenar en hermosos tomos las reseñas de las tareas científicas que cada año se llevaban á cabo en aquel centro, labor que por sí sola bastaría á cimentar una sólida reputación y que le valió no pocos plácemes de los médicos extranjeros, que admiraban su intuición y sagacidad médicas, su inimitable manera de *enseñar familiarmente,* revelada en todas y cada una de sus páginas; dichos libros encierran sana y práctica doctrina, casos clínicos curiosísimos, descripción de arriesgadas operaciones, nuevos procedimientos, mucho trabajo original y no pocas rectificaciones á ideas expuestas por eminencias europeas; los médicos prácticos, los cirujanos amantes del saber, encontrarán siempre en las *Reseñas del Instituto de Terapéutica Operatoria* mucho que consultar, no poco que aprender, y en sus páginas guía segura, que podrá sacarles de más de una duda y ayudarles á resolver graves conflictos á la cabecera del enfermo.

Por fin logró alcanzar el Dr. Rubio el ideal que acarició siempre, la fundación de un hospital propio, donde pudiera implantar sus ideas, establecer sus originales enseñanzas, inaugurando en las inmediaciones de la Moncloa el Instituto que lleva su glorioso apellido; á partir de esa fecha memorable, puede decirse que la personalidad del Dr. Rubio adquirió el completo relieve de sabio médico, de maestro inimitable, de operador habilidosísimo, genial y atrevido, de escritor concienzudo y de filántropo sin igual.

No he de reseñar aquí al detalle lo que es el Instituto Rubio: España entera lo conoce; sus beneficios los han disfrutado pacientes de los últimos rincones de la Península; los numerosos discípulos que de allí salieron son hoy maestros peritísimos en diversas especialidades, y el mejor pregón de su fama los servicios prestados á millares de enfermos.

No contento con todo esto, el Dr. Rubio quiso dar á conocer la ciencia española por ambos mundos, y á costa de sacrificios, empleando en ello los últimos restos de su patrimonio, fundó la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS, el mejor periódico médico hasta hoy publicado en nuestro país, y uno de los primeros entre los infinitos que ven la luz pública en el mundo entero.

Allí quedará consignado, para enseñanza de las generaciones venideras, todo cuanto se ha venido trabajando en el Instituto, la tarea diaria, jamás interrumpida, de sus discípulos, incansables propagandistas y continuadores de su benéfica obra, y será muestra viviente de lo que pueden las energías intelectuales de un hombre cuando concurren unidas á una voluntad firmísima.

No fué, como se ve, el Dr. Rubio uno de tantos *practicones* á

quienes la fama encumbró con más ó menos justicia; uno de esos médicos *callejeros* que todo el día, á pie ó en coche, andan á la caza y exploración del enfermo, haciéndose *veinte* ó *treinta* visitas á toda prisa, lo cual dicho se está que no les permite enterarse de lo que tiene el paciente, no escribiendo una sola línea donde dejen registradas sus observaciones, no tomando parte jamás en los debates de Academias; estos sujetos, verdaderas *máquinas de recetar,* no merecen el nombre de médicos, no tienen amor á la ciencia y sólo se preocupan de *sacar el duro.*

El Dr. Rubio tiene, á más de otros muchos títulos, el de haber logrado completar su personalidad científica, siendo á la vez sabio médico, eximio cirujano, escritor castizo y maestro originalísimo.

Sintetizada así su característica, conocida de todos su manera de ser social, lo mucho que dignificó entre las clases aristocráticas la carrera médica, la importancia que la dió por sus trabajos y el prestigio que alcanzó con sus triunfos quirúrgicos, los más grandes del pasado siglo, quédanos para terminar estos mal perjeñados renglones, modesto tributo de cariño al que fué querido maestro y respetable amigo, llamar la atención sobre un hecho curioso: hoy que los jóvenes se cansan de todo, quieren lograr mucho en poco tiempo, ven desfallecer sus energías ante la más pequeña contrariedad, pierden la fe en un ideal al menor obstáculo que se les presenta, merece señalarse como ejemplo excepcional la noble figura de don Federico, que aun en los últimos años de su vida, viejo, achacoso, amargado por mil desengaños, opera, enseña, escribe, trabaja sin descanso: sin esperar nada, porque todo lo ha logrado; sin ambición de gloria, porque le sobra por todas partes; sin anhelo de altos puestos, porque en todos terrenos alcanzó los más preeminentes.

Glorioso ejemplo que imitar, y que puede ofrecerse como modelo á la consideración pública, hoy que el mundo médico, rindiendo un justo tributo de gratitud, ha descubierto la estatua de uno de los hombres que más han contribuído al brillo y esplendor de la Medicina patria, y cuya vida arrebató la Providencia, dejando sin amparo á los infelices que sufren y de los cuales fué consuelo y alivio á todas horas.

Dr. Calatraveño

# AVISO

*Toda la correspondencia administrativa* (suscripciones, bajas, reclamaciones, devoluciones, etc.), así como los *giros, pagos y cobros,* se dirigirán al

**Sr. D. Manuel Lahora,**

*calle de Augusto Figueroa, núm.* 36, *segundo.*

El *cambio* ó *canje* de periódicos, *libros* ó *folletos* para bibliografía, y *trabajos* ó *artículos* para la Revista, al Instituto Rubio, á nombre de los *Secretarios de Redacción.*

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

## EL CANCER DEL ESTÓMAGO

CONFERENCIAS DADAS EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

POR EL DR. MORENO ZANCUDO

PRIMERA CONFERENCIA

### Etiología y patogenia del cáncer gástrico.

Señores: El Dr. Gutiérrez, que es una gloria, no de este Instituto, sino de la Medicina española, afirmaba en la primera de sus conferencias acerca del cáncer del útero que esta neoplasia en su origen es puramente local. Completamente de acuerdo con la opinión de mi ilustre amigo y compañero, estoy plenamente convencido de que los cánceres del estómago están en su origen limitados en dicho órgano, y que las profundas discrasias y la terrible caquexia que se presenta en los períodos avanzados son la consecuencia de la difusión de los productos cancerosos, que llevan hasta los más apartados rincones del organismo la acción deletérea de sus elementos tóxicos.

Hasta el año 1878, en que Billroth demostró por primera vez que era factible la extirpación del carcinoma gástrico, el diagnóstico de esta neoplasia más podía considerarse como un alarde de sagacidad clínica que como un motivo de verdadera utilidad para el enfermo. Pero á partir de aquella fecha, y más hoy aún que entonces por los incesantes progresos de la técnica operatoria, el diagnóstico precoz del carcinoma gástrico es asunto de gran importancia en el tratamiento de esta terrible enfermedad.

Desgraciadamente, como tendré ocasión de exponeros más adelante, no conocemos aún ningún síntoma patognomónico que evidencie de una manera positiva las primeras evoluciones de las neoplasias cancerosas del ventrículo abdominal.

Así como en la mujer predomina el cáncer uterino entre las enfermedades cancerosas, en el hombre es el estómago el asiento anatómico predilecto de esta neoplasia, hasta el punto de constituir de un 30 á un 35 por 100 de las enfermedades cancerosas que se pre-

sentan en el sexo masculino, y un 80 por 100 de los que radican en el aparato digestivo. Aun en el sexo femenino acusan las estadísticas una cifra elevada de cánceres gástricos, que casi alcanza una igual á la del uterino.

Según Reiche, la cifra de mortalidad provocada por el cáncer gástrico aumenta de una manera lenta, pero progresiva, motivos todos que justifican el que hayan convergido hacia su estudio la atención de los sabios y de las corporaciones científicas, siendo esto tanto más de aplaudir cuanto que el cáncer, que se consideraba como una dolencia propia de edades avanzadas de la vida, se presenta hoy con harta frecuencia en la edad viril.

Tan oscuro como en su evolución lo es el cáncer en los motivos etiológicos que lo provocan. La misma herencia, á la que antes se concedía valor tan extraordinario que las Sociedades de Seguros de la vida admitían con dificultad al hijo de canceroso, está completamente demostrado que sólo tiene un valor muy relativo. En mis estadísticas de esta clase de enfermos sólo á un 9 por 100 se eleva la cifra alcanzada por la herencia. Y comprenderéis perfectamente que tratándose de proceso morboso tan difundido, un tanto por ciento tan exiguo carece casi por completo de valor etiológico.

Los trastornos psíquicos, á los que se ha atribuído por algunos autores un papel de gran importancia, tienen en mi sentir escasísimo valor. Presentándose el cáncer en las edades medias y avanzadas de la vida, por lo general, aun el mortal más dichoso ha debido sufrir disgustos graves, toda vez que la vida, según dijo un ilustre pensador, no es más que una criba á través de cuyos orificios pasan rápidamente los placeres y las alegrías, quedando sólo detenidos las amarguras y los desengaños. Si las emociones morales deprimentes hubieran de influir necesariamente en la aparición del cáncer, ningún sér humano, sobre todo si es médico, dejaría de padecer tan terrible dolencia.

Cuanto á los traumatismos, es asunto que merece amplia discusión y habré de tratar de él más adelante. Respecto de este punto debo manifestaros que, cuando menos, en el 95 por 100 de los casos que he podido observar los enfermos refieren los motivos de su dolencia á una indigestión, un disgusto ó un traumatismo. La causa de esto es, en mi sentir, que siendo tan insidiosa y latente la evolución de la dolencia, precisa un motivo cualquiera que llame la atención del enfermo hacia el padecimiento de que es portador.

La circunstancia de estallar ésta en un gran número de casos (según mis estadísticas en un 56 por 100), en enfermos que hasta entonces habían disfrutado de una perfecta salud, hace más verosímil esta consideración, obligando á fijar nuestra atención en otros puntos de vista.

Las úlceras de estómago, especialmente las que se desenvuelven en períodos avanzados de la vida, constituyen un momento etiológico de gran importancia en el desarrollo del carcinoma gástrico. Por mi parte, he tenido ocasión de ver casos verdaderamente típicos de úlcera de estómago con todos los síntomas característicos de la misma, especialmente el de la hiperclorhidria, que en menos de un mes ha motivado el desarrollo de un epitelioma del ventrículo abdominal con todo el síndrome morboso propio del mismo (anorexia, hipoclorhidria, adelgazamiento y caquexia), y terminando rápidamente con la vida del enfermo. Explícase semejante hecho por la proliferación de las células epiteliales incarceradas en el tejido cicatricial del proceso necrobiótico del estómago.

Las transgresiones dietéticas cometidas por los enfermos tienen seguramente más importancia en el desarrollo de otros procesos morbosos gástricos que en el del cáncer, siendo frecuentísimo ver pacientes de vida muy ordenada, y aun de *estómago privilegiado*, en los que la neoplasia hace su aparición de una manera brusca, evolucionando con extraordinaria rapidez. No olvidaré nunca el caso del Sr. Cos-Gayón, que con justicia hacía alarde de un estómago de integridad y fuerzas digestivas verdaderamente excepcionales, y en el que de una manera súbita apareció un cáncer del estómago, que en pocos meses acabó con la vida de este distinguido hombre público.

Ni el estado de más perfecta salud, ni los procesos morbosos que parecen más contrarios al cáncer, permiten al médico garantizar que no llegará á presentarse esta neoplasia. Repetidas veces he tenido ocasión de observar enfermos de intensa hiperclorhidria, en los que se ha presentado un carcinoma del estómago, sin que hubiera causa ninguna á que atribuirlo y, sobre todo, que hubiera podido modificar la hipersecreción ácida, al paso que conozco muchos enfermos hipoclorhídricos y anaclorhídricos de larga fecha en los cuales no se ha presentado la neoplasia cancerosa.

Al insistir nuevamente en la influencia de los traumas como causa del desarrollo de los cánceres, debo manifestaros que este punto se halla envuelto en las mayores oscuridades. De un estudio comparativo con lo que ocurre con el cáncer de otras regiones, como encontró Plicque en el cáncer de los labios, y de trabajos de anatomía patológica, como los de Waldeyer y otros, se ha deducido la importancia de los traumatismos en el desarrollo de estas neoplasias.

Waldeyer, en efecto, en los *Virchow' Arch.* de 1867, dice lo siguiente: «De las observaciones que llevo practicadas puedo deducir que en los períodos iniciales del desarrollo del cáncer existe una vascularización tan abundante de los tejidos, con acumulación de leu-

cocitos enteramente igual á la que existe en los tejidos inflamados. ¿No es posible, pues, que esta abundante hipernutrición de los tejidos y la relajación del substratum conectivo conduzcan á la proliferación de las células epiteliales? ¿No pueden así explicarse las repetidas manifestaciones irritativas de procesos locales que motiven inflamaciones que conduzcan finalmente al carcinoma?» Análogos puntos de vista á los expresados por Waldeyer encontramos en la teoría de Conheim, que, fundándose en la hipótesis de Thier, afirma que el tejido conectivo, debilitado al luchar con las influencias provocadas por los traumatismos, puede dar lugar al desarrollo de los tejidos epiteliales proliferantes, y la de Rinfleisch, para quien los traumas ó los procesos inflamatorios crónicos pueden, por una acción paralizante del sistema nervioso, conducir á la proliferación epitelial.

Como es natural, se han tratado de establecer comparaciones entre la influencia de los traumas en los órganos abdominales y en otras regiones del organismo, como los labios, la lengua, uretra, bronquios, etc.

En la imposibilidad de detallar la acción que ejerce dicho agente etiológico en cada una de estas regiones, destácase, sin embargo, en el estudio atento de lo que en cada una de ellas ocurre la necesidad de la preexistencia de una disposición congénita ó adquirida para que pueda tener lugar la evolución de la neoplasia. En lo que respecta al tractus digestivo, y especialmente al estómago, puede asegurarse que esta predisposición es de origen inflamatorio ó cicatricial (1).

Algunos autores, como Bruns, creen que la existencia de los repliegues anormales congénitos de la mucosa y los tejidos cicatriciales de la misma crean una disposición especial para reaccionar violentamente contra las influencias traumáticas. Hauser, en un interesantísimo estudio sobre la evolución del carcinoma del estómago en las cicatrices y úlceras que tienen su asiento en el mismo, afirma que dichas alteraciones anatómicas pueden dar lugar al desenvolvimiento en las glándulas de una proliferación epitelial atípica, de tal suerte que en los bordes de las úlceras y de las cicatrices se produce una prolongación y ramificación del tejido glandular que motiva el desarrollo de un complejo de dichos órganos, que se diferencia

(1) Algunos días después de haber dado esta conferencia, ingresó en mi servicio del Hospital de la Moncloa un hombre de cuarenta y siete años, labrador, que tres meses antes había sufrido un traumatismo en la región epigástrica, que le produjo un ligero desvanecimiento. El enfermo presentaba un tumor de grandes dimensiones, situado en la región epigástrica, con fuertes adherencias epiploicas. Antes de sufrir este accidente disfrutaba de buena salud, no ofreciendo otros antecedentes que el haber fallecido su madre á consecuencia de una enfermedad del estómago. En la próxima conferencia daré más detalles de este caso.

del carcinoma en hallarse cubierto de una capa epitelial provista de orificios, y que rara vez penetra hasta la capa muscular. Esta hipertrofia glandular atípica puede, sin embargo, bajo la influencia de los traumatismos crónicos, transformarse en un carcinoma, puesto que las glándulas, en ulteriores crecimientos y ramificaciones, pueden invadir las capas musculares más profundas y perder el orificio que anteriormente presentaban.

Una cosa análoga ocurre en el intestino cuando existen pólipos, adenomas, etc., en cuyo caso, bajo la influencia de estados irritativos crónicos, pueden, á causa de trastornos mecánicos, sufrir la degeneración cancerosa.

La circunstancia de ser más frecuente en la mujer la litiasis biliar y los cánceres primitivos de dicha vesícula, posiblemente á consecuencia del uso de los corsés y de las ligaduras de que tan provistos están los vestidos femeninos, ha dado origen á que Zenke, Marchand, Siegert, Klebs y otros hayan visto en esta causa una demostración de la influencia que los traumatismos crónicos pueden ejercer en el desarrollo de los carcinomas, puesto que las presiones arriba citadas son motivo abonado para la producción de la litiasis biliar y el carcinoma, que secundariamente, á causa de la irritación provocada por los cálculos, se desenvuelve con relativa frecuencia en el sexo femenino.

En la importancia de la influencia de los agentes traumáticos precisa diferenciar la condición de agudeza y cronicidad de los mismos, debiendo atribuirse una acción más decisiva á los últimos que á los primeros. En los carcinomas desarrollados en el estómago, cabe admitir dos suposiciones distintas: la de que al actuar los traumatismos sobre estómagos en los cuales ya existen pólipos, ulceraciones, cicatrices, etc., pueda motivarse el desarrollo rápido de un carcinoma, ó que no exista ninguna de las alteraciones citadas y que, á consecuencia del traumatismo, se desenvuelva un proceso inflamatorio y proliferativo que dé lugar á la aparición de la neoplasia.

Tratándose de una enfermedad tan frecuente como el carcinoma gástrico, y de una causa más frecuente todavía, como son los traumatismos, se hace muy difícil establecer la relación de causalidad entre el agente etiológico y el proceso morboso que estudiamos, aumentando estas dificultades la evolución silenciosa del carcinoma.

Las mismas dudas sugiere el estudio de las estadísticas respecto á la influencia de los traumatismos. Así, en un trabajo de Ziegler que comprende la observación de 210 casos de carcinomas recogidos en la clínica quirúrgica de Munich, y que eran debidos á traumatismos agudos ó crónicos, aparecen 53 neoplasias de la mama, 44 de los labios, 37 de la laringe, 46 de la cavidad bucal, 9 del pene

y 9 de las extremidades, sin que se refieran los restantes á los demás órganos, á excepción de 12 que radicaban en el esófago. Más demostrativa aún es la estadística de Löwenthal, en la que de 359 casos de cánceres traumáticos, sólo 23 corresponden á los órganos internos, que aparecen distribuídos en la siguiente forma: uno de los pulmones, dos de la uretra, uno de la vejiga de la orina, doce en los riñones, uno en los órganos pelvianos, uno en el mesenterio, dos en el estómago (uno de ellos combinado con un cáncer cicatricial primitivo), uno en el páncreas y uno en el recto. Análogas enseñanzas suministran las estadísticas de otros autores, como Haeberlin, Alberts, Ebstein, Pollnow, que no detallo por no molestar vuestra atención. Cuanto á mis observaciones personales, puedo aseguraros que la relación de causalidad entre el cáncer gástrico y los traumatismos no alcanza el 5 por 100, y sin que pueda aseguraros tampoco si en los casos observados por mí los enfermos eran ó no portadores de la neoplasia antes de sufrir la influencia del agente etiológico mecánico. Paréceme, sí, indudable que en un individuo portador ya de un cáncer del tractus digestivo pueda el agente traumático determinar una mayor rapidez en su devastadora evolución y aun actuar como agente etiológico determinante directo en los casos de ulceraciones, cicatrices mal consolidadas, adenomas, etc. Pero siempre resultará que la importancia de los traumatismos, como causa ocasional de los tumores del aparato digestivo, es muy relativa.

Igual oscuridad que la causa que acabo de mencionaros se ofrece en las demás, á las que se ha atribuído un valor de mayor ó menor importancia en el desarrollo del cáncer gástrico, pues el hecho de ser su aparición más frecuente entre los cuarenta y sesenta años no tiene otra explicación que el aparecer estos tumores en órganos que han sufrido las injurias de un funcionalismo fisiológico prolongado y en individuos desprovistos de las grandes resistencias orgánicas de las primeras edades de la vida. Considerada así la cuestión, explícase perfectamente la frecuencia del cáncer del cardias y del píloro señalada por Brinton, puesto que las fibras musculares de estos dos orificios soportan un trabajo mucho mayor que las del resto del órgano, que trasciende al tejido conectivo de que están provistos dichos orificios, y que necesariamente han de dar lugar á una nutrición más viva, favoreciendo notablemente la proliferación del tejido epitelial.

Intimamente ligada en este proceso morboso, como en el resto de los que sufre el organismo, la etiología con la patogenia, no es difícil adivinar que, dada la oscuridad que reina respecto de la primera, las nebulosidades que envuelven la segunda han de ser mayores todavía. Admitiendo la teoría de Waldeyer de que los procesos can-

cerosos toman su origen en los elementos glandulares de la membrana mucosa, constituyendo su carácter principal la proliferación atípica de los folículos gástricos, no nos explica esto nada más que un hecho de anatomía patológica que sólo servirá para demostrar que el neoplasma toma su origen en la mucosa gástrica, infiltrándose desde allí á la capa sub-mucosa y á la muscular en virtud de la difusión y apropiación de tejidos que caracterizan los neoplasmas malignos. Pero el por qué de esta proliferación é infiltración, es un hecho todavía desconocido, que ni la teoría del glicógeno, invocada por el Dr. Gutiérrez, ni las teorías parasitarias más recientes, incluso la de Bra, explican de una manera satisfactoria. Cuanto á la primera, basta tener en consideración que la formación del glicógeno es función propia de casi todos los tejidos de la economía, y que dicha substancia se encuentra, no sólo en el estroma de los cánceres, sino en el de otros muchos tumores, para darse cuenta de la poca solidez de semejante hipótesis. Respecto de la teoría parasitaria, ni el bacillus neoformans de Doyen, ni el bacillus de Scheuerlen, pueden resistir á la crítica más superficial. De igual manera, á pesar de los buenos resultados que Colley y Emmerich aseguran haber obtenido en el tratamiento del sarcoma y del carcinoma con el suero de caballo inoculado con el streptococcus de la erisipela, lo que parecía constituir un fundamento de verdadera importancia para aceptar la teoría parasitaria del cáncer, como hechos de observación posterior han demostrado la inutilidad de dicho tratamiento, tales hipótesis han caído, en absoluto, por tierra. Aun cuando se hayan encontrado frecuentemente psorospermias en las células cancerosas, la circunstancia de no haberse podido determinar si tales elementos son verdaderas psorospermias ó simplemente células desecadas y transformadas, y sobre todo el no haberse podido demostrar la relación de causa á efecto entre ellas y la proliferación de los elementos celulares, le quitan todo fundamento serio á dicha teoría. Otro tanto ocurre con las coccidias, que Bra asegura haber encontrado como parásito productor del cáncer: tampoco en este caso existe prueba documental alguna que justifique de una manera seria esta hipótesis.

Veis, pues, señores, que respecto de la génesis del cáncer nos encontramos hoy con las mismas dudas que antes para explicar la causa del desarrollo de estos tumores. De esperar es, sin embargo, que progresos ulteriores de la Ciencia vengan á proyectar alguna luz sobre asunto en que tan comprometidos se hallan el decoro de la misma y los intereses de la humanidad.

Las lesiones anatomo-patológicas que caracterizan el cáncer gástrico se hallan en relación con la modalidad que afecta la neoplasia y la extensión que ésta haya adquirido durante la vida. Pues mientras unas veces la muerte sobreviene por la profunda caquexia que

el cáncer determina, en otras una complicación ó una enfermedad intercurrente viene á acabar con los días del enfermo en un período precoz, en que la neoplasia no ha podido terminar su evolución.

*El adeno-carcinoma* constituye el tipo de los tumores blandos con nódulos bastante pronunciados, que se exfolian y ulceran con extraordinaria lentitud. Sus elementos anatómicos principales están constituídos por tubos glandulares envueltos de tejido conectivo é infiltrados de leucocitos. Cuando puede observarse la enfermedad en un período precoz de la misma, destácase perfectamente el epitelio cilíndrico; pero á medida que avanza la evolución del neoplasma, este elemento anatómico desaparece y los espacios tubulares se presentan rellenos de células epiteliales en degeneración, que á veces forman quistes de pequeño volumen que contienen un líquido más ó menos denso y materia glandular profundamente alterada.

*El carcinoma medular,* que después del escirro es la variedad más frecuente del cáncer gástrico, sobre todo en períodos poco avanzados de la vida, preséntase, generalmente, bajo la forma de masas de tamaño muy variable, aplastadas, provistas de un estroma rico en elementos vasculares y celulares, y pobre en tejido conectivo. Precisamente por su abundante vascularización es por lo que en estas formas son más frecuentes las hemorragias, que, cuando se repiten con cortos intervalos, comunican al tumor el aspecto de una esponja provista de numerosos orificios. El color negruzco del pigmento de la sangre le comunica una coloración oscura, que ha motivado la denominación con que se le designa por algunos autores de cáncer melánico. Basta la simple inspección ocular de estos neoplasmas, sobre todo cuando se incinden en diferentes puntos, para explicarse por qué en esta variedad las metástasis son tan frecuentes.

*El escirro del estómago,* como los del resto de la economía, está caracterizado por su excesiva riqueza en tejido conectivo, entre cuyas fibras densas y fuertes se hallan encerrados algunos elementos celulares. Su dureza es característica, y á los cortes ofrece un color blanco amarillento ó grisáceo y un aspecto cartilaginoso; por su excesiva dureza, es el tumor de más larga duración y el que menos tendencia presenta á las ulceraciones y hemorragias, que solamente aparecen en los períodos tardíos. Por igual motivo, las metástasis son en él poco frecuentes. Siendo éste el cáncer que con mayor frecuencia se presenta en los viejos, explícase así cuánto se prolonga la vida, relativamente, en los cancerosos de edad avanzada.

*El carcinoma coloide,* más que una forma verdaderamente distinta, es una degeneración coloide ó mucosa de los demás cánceres, sobre todo del epitelioma y cáncer medular; su aspecto es verdaderamente típico. El estroma de la neoplasia aparece envuelto en masas transparentes, análogas á la gelatina, que están constituídas

por la degeneración coloide de las células cancerosas. Ni el corte ni el raspado permiten obtener líquido canceroso, sino la disgregación de las referidas masas colóideas.

Pero no son, señores, estas alteraciones anatómicas, que pudiémos llamar groseras, las que más interesa conocer, sino las que se producen en el seno mismo de los elementos glandulares del órgano, puesto que son las que nos dan, como veréis más adelante, alguna luz respecto de los síntomas que se observan en los enfermos cancerosos del estómago.

Desechada la opinión de algunos autores que suponían que en todos los casos el epitelio superficial estaba destruído, pues merced á las observaciones de Meyer y Conheim se ha demostrado que este epitelio puede permanecer intacto, y las destrucciones que en él se observan son debidas á alteraciones que se producen *post mortem*, queda como elemento fundamental anatomo-patológico la atrofia de los elementos glandulares específicos y su sustitución por el epitelio cilíndrico.

En el estado normal, la mucosa del estómago presenta superficialmente pequeñas oquedades recubiertas de epitelio cilíndrico, y en las que se vierte el producto de secreción de las glándulas del fermento coagulante. Estos tubos glandulares dividense en dos porciones: la superior, recubierta de células basales y de revestimiento, y la inferior, que es donde se encuentra la verdadera capa glandular. Cuando estos órganos son afectados por el cáncer, encuéntrase casi de una manera constante la ausencia de los elementos glandulares específicos que han sido sustituídos por epitelio cilíndrico, que unas veces vertical y otras oblicuamente se extiende, recubriendo la pared del tubo hasta la mucosa muscular. Tales degeneraciones son más frecuentes en la región pilórica que en el resto del estómago, y han sido equivocadamente interpretadas por varios autores como una degeneración mucosa, puesto que según han demostrado las observaciones de Schmidt, puede con toda seguridad reconocerse que estos tubos no son glándulas acinis, cuyo epitelio se diferencia notablemente del de las glándulas lab.

El proceso anatomo-patológico se realiza casi seguramente por la destrucción y precipitación de las células glandulares lab, cuyo poder de regeneración es muy exiguo, hallándose reemplazadas por una proliferación del epitelio cilíndrico.

La propia capa glandular presenta alteraciones muy diferentes, pues mientras en algunas preparaciones aparece completamente normal, en otras vemos infiltraciones de células redondas en los espacios interglandulares, apareciendo también pequeños fragmentos de dichos elementos glandulares. Semejantes alteraciones se presentan en las partes más vecinas del tumor y en los últimos estadios.

Las alteraciones intersticiales ofrecen cambios muy variables: unas veces, los espacios interglandulares presentan de una manera poco uniforme y constante infiltraciones de tejido conectivo de nueva formación, mientras que en otras la destrucción es completa. Acompañan á las células redondas infiltrantes algunas células eosinófilas; pero la aparición de estos elementos anatómicos no parece privativa del cáncer, sino de todas las lesiones que producen atrofia de los elementos glandulares.

Se explica fácilmente que tales alteraciones histológicas han de guardar una perfecta relación con los cambios que se observan en la composición química del jugo gástrico. En el carcinoma, que va acompañado de una considerable disminución de los elementos de secreción glandular y formación de ácido láctico, se encuentra una atrofia completa de las glándulas, cualquiera que sea el origen del carcinoma. Por el contrario, cuando la secreción es normal, la mucosa no presenta, según ha demostrado Rosseheim, ninguna alteración. Hecho que contrasta con el proceso atrófico que se encuentra en las lesiones no carcinomatosas del estómago con disminución secretoria y formación de ácido láctico. Así, pues, de la aparición de dichas fermentaciones lácticas sólo puede llegarse á la conclusión de que existe una atrofia total ó parcial de los elementos glandulares y una insuficiencia motriz del estómago. Explícase así la aparición de aclorhidrias en los casos de cánceres situados no sólo fuera del estómago, sino del aparato digestivo, que todos los autores y yo mismo hemos tenido ocasión de observar repetidas veces. Fenwick ha presentado un cuadro interesantísimo de las relaciones entre el carcinoma de diferentes órganos y la atrofia del estómago, que pueden resumirse en las cifras siguientes:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cáncer de la mama: | número de casos, | 15; | atrofia del estómago, | 11 |
| Id. del útero: | » | » | 24; | » | » | 3 |
| Id. de la lengua: | » | » | 3; | » | » | 1 |
| Id. del recto: | » | » | 2; | » | » | 1 |
| Id. del estómago: | » | » | 5; | » | » | 5 |

El hecho que se deduce del cuadro que acabo de exponer á vuestra consideración es que la atrofia del estómago constituye la ley en los cánceres de este órgano, mientras que en los neoplasmas colocados fuera del ventrículo abdominal, esta alteración anatomopatológica no se observa de una manera tan constante.

De cualquier modo, destácase no ya la posibilidad, sino más aún, la frecuencia con que los cánceres extragástricos pueden motivar la atrofia de la mucosa del estómago y todo el síndrome clínico propio de tal proceso morboso. Pero hay más todavía: algunas enfermedades que nada tienen de cancerosas pueden provocar el proce-

so destructivo á que me refiero, y que por mi parte he tenido ocasión de observar en un caso de cirrosis atrófica del hígado, en otro de enfermedad de Adisson y en un individuo que sucumbió á consecuencia de un goma cerebral.

Sería ofender vuestra ilustración entretenerme en explicar el por qué de tales hechos, y si abusando de vuestra benévola atención me he detenido algo en la crítica de los mismos, es para justificar el motivo de la poca seguridad que ofrece el estudio aislado de los síntomas con que se exteriorizan los carcinomas gástricos, porque estando éstos en relación íntima, como es natural, con las lesiones que acompañan al tumor, sería necesario que tuvieran un carácter privativo para que los síntomas resultaran verdaderamente patognomónicos.

Como veréis en la próxima conferencia, al ocuparme de la sintomatología, ni uno solo de los síntomas que forman el cortejo del carcinoma gástrico ofrece este carácter, constituyendo esto una dificultad grandísima para el diagnóstico, y poder aconsejar un tratamiento quirúrgico en un período en el que todavía fuera oportuna la intervención.

---

## UN CASO DE SECCIÓN TOTAL DEL NERVIO MEDIANO

Por el Dr. M. Gayarre

Los casos de sección de nervios tienen actualmente gran importancia. Desde que, hace pocos meses, publicaron Head y Sherren varias grandes monografías acerca de la sección incompleta ó completa de los nervios periféricos, las doctrinas hasta ahora corrientes respecto de la sensibilidad cutánea están á punto de sufrir una transformación radical. Todo el capítulo de lesiones de nervios periféricos necesita revisión completa. Los casos no explorados con arreglo al método de Head son inútiles para la teoría, como lo son las descripciones de todos los tratados clásicos. El caso actual ha sido explorado siguiendo el método novísimo.

Observación: Mayo 1906. Hombre de cuarenta y cinco años. Hace diez meses recibió tres cuchilladas, una de ellas en la parte inferior de la cara anterior del antebrazo derecho, á unos 10 centímetros del pliegue de la muñeca. Inmediatamente después quedaron adormecidos y paralizados el pulgar, índice y medio. Hemorragia abundante. Poco dolor. Estuvo cincuenta y seis días en un hospital, y al salir de él se notó atrofia de la eminencia tenar. Después de algún tiempo observó que, cuando hacía frío, estaban cianóticas las dos últimas falanges del índice y medio. Desde el momento de la cuchillada tie-

ne dolores espontáneos en la punta de los tres dedos dichos, más cuando hace frío que cuando hacer calor. Según dice, había temblor fibrilar en la eminencia tenar. No podía coger objetos, ni sostenerlos entre el índice y medio, á pesar de estar intactos los movimientos de los interóseos.

Estado actual, 5 Mayo. Cicatriz en la cara anterior del antebrazo derecho, á 8 ó 10 centímetros de la muñeca. Cianosis muy marcada en la cara palmar de las dos falanges últimas del índice y medio. Mano de mono. Atrofia de la eminencia tenar, sobre todo del abductor corto del pulgar. No hay abducción del pulgar en el sentido de Beevor, esto es, en sentido perpendicular á la superficie palmar de la mano, ni oposición, pero sí adducción (aproximación) del pulgar y flexión de la segunda falange de este dedo. Parálisis de los flexores superficial y profundo del índice y medio. Los demás músculos (los interóseos principalmente) están normales. La mano está inclinada al lado cubital.

*Exploración eléctrica.*—El abductor corto y el oponente son inexcitables por la corriente farádica y galvánica. Su degeneración es completa. El nervio cubital, normal.

*Sensibilidad.*—Las figuras 1.ª y 2.ª expresan el estado de la sensibilidad en todos sus aspectos. La cara palmar de las dos falanges

1 1 Zona de sensibilidad profunda embotada.

//// Zona analgésica y termo-anestésica.

Zona insensible al contacto ligero y á los grados moderados de temperatura, sensible al dolor y temperaturas extremas.

†††† Zona sensible al contacto ligero y á temperaturas medias. En las figuras de Head y Sherren esta zona carece de sensibilidad epicrítica.

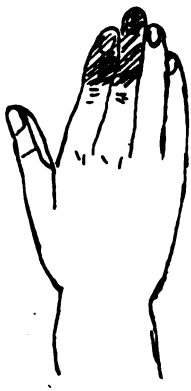


FIG. 1.ª FIG. 2.ª

últimas del índice y medio, de la segunda falange del pulgar y el dorso de la primera y parte de la segunda falange del índice y medio son insensibles á casi todas las excitaciones dolorosas y térmicas. No se siente en ellas ni un pinchazo, ni el frío ni el calor. Si se aplica á estas partes una cabeza de alfiler, se la siente, aunque poco. Si se tira de un pelo de la segunda falange del dedo medio, se siente, aunque muy confusamente, la tracción. En una zona excéntrica á la

anterior, y de una anchura de un centímetro poco más ó menos (señalada en las figuras con el trazo — ), se siente bien la cabeza del alfiler y los grados extremos de temperatura (mucho frío y mucho calor), pero no se advierte el contacto de un poco de guata aplicada suavemente sin hacer presión; se nota el pinchazo, pero produce más dolor que en el lado sano, y este dolor se irradia hasta la punta de los dedos. Las dos puntas de un compás no se reconocen sino cuando se las aplica muy separadas. Por último, en la zona más excéntrica (señalada con ..... ), la sensibilidad es casi normal; se aprecia en ella la presión de la cabeza del alfiler, el contacto ligero de la guata, los grados medios de temperatura, la separación de las puntas del compás; el pinchazo se irradia menos.

Sensibilidad articular, normal.

El 5 de Mayo de 1906 hizo el Dr. Goyanes la sutura del nervio mediano, de la que ha tenido la amabilidad de comunicarnos la descripción siguiente:

«*Operación.*—5 de Mayo de 1906.—Anestesia clorofórmica. Isquemia á lo Esmarch. Incisión longitudinal sobre la cicatriz, apreciándose que están íntegros los tendones del palmar mayor y del cubital anterior, y que se hallan seccionados y englobados en la cicatriz el flexor superficial en su porción correspondiente (todavía carnosa) á los dedos índice y medio, así como la parte radial del flexor profundo. El nervio mediano aparece seccionado por completo y sus cabos englobados en la cicatriz. Después de aislarlos se aprecia que el periférico se halla adelgazado y unido por la cicatriz al músculo flexor profundo; el cabo central, separado un centímetro del periférico, presenta un neuroma de sección esfero-fusiforme, del tamaño de un garbanzo.

Se practica la sutura de los cabos de sección de los tendones del flexor superficial; pero los del flexor profundo no pueden aproximarse, por lo cual se toma un manojo tendinoso del palmar mayor (lado cubital del tendón) y se sutura á los cabos periféricos de los tendones seccionados del flexor profundo. El nervio mediano se trata del siguiente modo: el cabo periférico se refresca, escindiendo un trozo de un centímetro de longitud; en el central se extirpa con el bisturí el neuroma, observando en el corte pequeños núcleos grises (fibras amielínicas, etc.). Los cabos nerviosos están ahora separados cerca de 4 centímetros; para aproximarlos, se coge el central con una pinza engomada, y se practica la distensión del nervio (á lo Schüller), con lo cual se consigue ponerlos en contacto; ahora se suturan por medio de 3 puntos de seda fina y aguja plana (de Hagedorn), obteniendo una buena coaptación y reforzando la síntesis con un punto de tensión pasado á través de los cabos nerviosos á un centímetro de su extremo, consiguiendo una relajación favora-

ble de los puntos de coaptación. Se terminó la operación con la sutura cutánea y el apósito aséptico.

Curso: normal, sin fiebre; se cambió el apósito al tercer día. El 14 de Mayo la herida estaba curada por primera intención, quitándose los puntos suturales. El día 15 fué dado de alta. El día 30 de Mayo los movimientos de flexión de los dedos eran de mayor amplitud que antes de la operación.»

El 11 de Mayo la exploración dió, poco más ó menos, el mismo resultado.

Es indudable que en este caso hay sección completa del nervio mediano. Sin embargo, la sensibilidad no ha desaparecido totalmente ni por igual en la región inervada por dicho nervio. No puede suponerse que en el accidente y en la operación fuera seccionado el nervio mediano por debajo del punto en que da su ramo cutáneo palmar, porque entonces no habría trastornos de sensibilidad en ninguna porción de la palma ni en los dedos. Además, el estado de los músculos tenares inervados por el mediano, demuestra que este nervio mismo fué seccionado por el puñal. Está demostrado que las perturbaciones sensitivas son las mismas, cualquiera que sea la altura á que se seccione el mediano.

Examinando detenidamente la sensibilidad, se advierte que unas formas de ésta están totalmente abolidas, y otras modalidades se conservan más ó menos intactas. La anestesia no es total y absoluta, como parece que debía serlo después de cortado el mediano, y como hasta hace poco se admitía generalmente.

A Head corresponde el mérito de haber estudiado á fondo este asunto, en unión de Sherren y Rivers. Los resultados que han obtenido de la exploración minuciosa de 175 casos de sección completa ó incompleta de nervios periféricos, procedentes casi todos de la guerra del Transvaal, son tan interesantes y tan nuevos, que les han conducido á establecer una teoría de la inervación periférica totalmente distinta de la corriente en la actualidad. Han publicado acerca de esto tres monografías importantísimas (1).

Para poder estudiar más exactamente el efecto de la sección de los nervios sensitivos, Head se hizo seccionar en sí mismo, el 25 de Abril de 1903, el ramo cutáneo del nervio radial y el nervio cutáneo externo, cerca del codo. Se le escindieron pequeños trozos de nervio y se suturó los cabos. Se examinó la sensibilidad antes y muchas veces después de la operación.

---

(1) Head, Rivers and Sherren: «The afferent nervous system from a new aspect.» *Brain*, *Sommer*, 1905. Head and Sherren: «The consequences of injury to the peripheral nerves in man.» *Brain*, *Sommer*, 1905. Sherren: «On the distribution and recovery of peripheral nerves, studied from instances of division in man.» *The Lancet*, 1906, números 4.307-8 9.

Como resultado de sus investigaciones, han establecido Head y Sherren un concepto nuevo de la sensibilidad periférica, que puede resumirse del modo siguiente:

El mecanismo sensitivo de los nervios periféricos consta de tres sistemas específicamente distintos:

1.° *Sensibilidad profunda*, que responde á la presión y al movimiento de las partes, que hasta puede determinar dolor, si la presión es excesiva ó hay alteración articular. Las fibras encargadas de esta forma de sensación caminan principalmente con los nervios motores, y por consiguiente, no sufren alteración cuando se dividen todos los nervios sensitivos cutáneos.

2.° *Sensibilidad protopática,* que responde á los estímulos cutáneos dolorosos y á los extremos de calor y frío. Constituye un gran sistema reflejo que reacciona á dichos excitantes de un modo brusco y difuso, sin que pueda localizarse con alguna exactitud el punto excitado. Este sistema no obedece á la ley de Weber; en él la sensación no es proporcional al logaritmo de la excitación, sino que siempre que llega á producirse es máxima; su umbral está muy alto, pero una vez traspasado no hay grados de sensación; la intensidad de ésta es siempre la mayor posible. Sus sensaciones son siempre dolorosas.

3.° *Sensibilidad epicrítica.* Es la más delicada, la que localiza exactamente el punto excitado, distingue las dos puntas de un compás y los grados moderados de temperatura (lo fresco y lo tibio).

Fundándose Head en experimentos hechos por él en individuos colostomizados, cree que la sensibilidad protopática está servida por el sistema simpático y que su distribución, según resulta de las secciones de raíces cervicales y dorsales posteriores practicadas por Horsley en enfermos de braquialgia, es radicular. Por consiguiente, como las zonas radiculares se imbrican, también hay imbricación en las zonas de sensibilidad protopática.

La distribución de la sensibilidad epicrítica es puramente periférica, idéntica á la de los nervios sensitivos; sus zonas no se imbrican con las vecinas. Por eso los límites de las alteraciones sensitivas epicríticas producidas por lesión de un nervio son definidos y precisos.

La unidad de sensibilidad protopática es la raíz posterior; la unidad de sensibilidad epicrítica es el nervio sensitivo mismo.

Es imposible resumir, ni aun sucintamente, el gran número de hechos nuevos, clínicos y fisiológicos y de ideas teóricas originalísimas que Head plantea como resultado de sus trabajos. Para formarse idea de ellos es imprescindible consultar sus memorias originales. Si se confirmasen sus teorías, todo el capítulo de la sensibilidad sufriría transformación radical. Las descripciones que los libros clásicos

(de Bernhardt, de Oppenheim, etc.) hacen de las alteraciones sensitivas serían inútiles. Lo mismo puede decirse de la exposición que de las funciones de sensibilidad hacen las Fisiologías (por ejemplo, la reciente obra de Nagel), de las discusiones sobre la existencia del dolor como sensibilidad especial, etc., etc.

Volviendo á mi caso, resulta que no está de acuerdo con los de Head. Hay en él, seguramente, sensibilidad epicrítica en una zona que no la conserva en los casos del autor inglés. No puede objetarse que la sección del nervio era incompleta, porque después de seccionado totalmente en la operación, dicha sensibilidad no sufrió alteración alguna. Claro es que un solo caso, examinado quizás imperfectamente, vale poco en comparación con el inmenso material de Head y Sherren; pero aun así, me parece oportuno exponer el resultado obtenido de la exploración hecha con la mayor imparcialidad posible.

Por no prolongar con exceso tan fatigosa exposición, no me ocupo con extensión de otros problemas que surgen en todo caso de lesión de nervio periférico, y que son de gran trascendencia teórica y práctica, como por ejemplo, la regeneración nerviosa, tan discutida actualmente y que tiene relación con el pronóstico de tales lesiones (accidentes del trabajo, etc.). Según Head, es muy distinta la capacidad regeneradora de los sistemas protopático y epicrítico: el primero se regenera prontamente; el último con gran lentitud (á los tres años de seccionarse Head el ramo cutáneo del radial, no ha recobrado aún la sensibilidad epicrítica).

Tampoco en lo referente á la sensibilidad profunda está conforme mi caso con los de Head, puesto que, á pesar de estar seccionados los tendones de los flexores superficial y profundo, persistía dicha sensibilidad, que, según Head, es conducida por los nervios motores. Como el mediano no inerva más músculo por debajo de la muñeca que el oponente y el abductor corto, que están situados en una zona de la mano que no suele perder la sensibilidad protopática, aunque esté seccionado este nervio, es claro que la eminencia tenar no es región adecuada para examinar la sensibilidad profunda, porque es condición indispensable para tal exploración que hayan quedado abolidas las sensibilidades protopática y epicrítica, esto es, las dos sensibilidades peculiares de la piel, porque sólo así se puede apreciar si existe ó no la profunda, mantenida por fibras centrípetas que marchan con los nervios motores. Por esta razón, sólo en los dedos se advierte la persistencia de dicha forma de sensibilidad. Head y Sherren admiten que toda ó casi toda la sensibilidad profunda de la palma de la mano está servida por nervios sensitivos procedentes del cubital, que van unidos á los músculos flexores inervados también por este nervio. En nuestro caso es inadmisible esta inter-

pretación, puesto que la sensibilidad profunda persistía en los dedos á pesar de estar seccionados los flexores.

Un síntoma que merece atención es la hiperalgesia. En nuestro caso la había en toda la zona inervada por el mediano por debajo de la muñeca, de tal manera que el simple contacto del dedo ó de la cabeza de un alfiler era doloroso ó al menos desagradable, sobre todo en los dedos índice y medio. Además, en toda esta región estaba algo más sensible á la presión (*tenderness* de los ingleses) que en condiciones normales. Head y Sherren dicen que cuando la sección del nervio es completa la hiperalgesia es aparente, no real: «It is, in fact, the expression of a deficiency rather than of excess, and it disappears gradually with the return of the higher forms of sensation» (1). Es real en los casos de sección incompleta. En nuestro caso, en que la sección fué completa, la hiperestesia era real; el pinchazo producía más dolor que en el lado sano. No puede atribuirse á alteración del cubital, porque éste estaba intacto. No se comprende por qué ha de ser expresión de deficiencia, porque en tal caso nunca debía ser más intenso que en condiciones normales, á no ser que se admita que las demás formas de sensibilidad inhiben la hiperalgesia, supuesto que no tiene fundamento alguno. El hecho es que no podemos explicarnos la hiperalgesia de una zona cutánea cuando el nervio que la anima está totalmente seccionado.

Respecto de la sensibilidad de los pelos, que, según Head, reciben inervación doble, protopática y epicrítica, no pude observar en mi caso nada bien definido; sólo en enfermos muy inteligentes y observadores logró este autor datos muy curiosos. Consúltese su Monografía.

La única alteración trófica de la piel era la cianosis, muy marcada y constante en la cara palmar de las dos últimas falanges del índice y medio. No se formaron úlceras, flictenas ni otras lesiones que se han descrito en tales casos.

No se pudo examinar las alteraciones tróficas de las uñas por el poco tiempo que se tuvo en observación al herido.

En todo caso de lesión de un nervio la restitución funcional depende necesariamente de la regeneración de las fibras nerviosas. Se puede considerar como demostrada, por los trabajos de muchos autores, y recientemente de Cajal (2) y Harrison (3), la doctrina clásica, mientras que la regeneración autógena tiene cada vez menos parti-

---

(1) Brain, Summer, 1905, pág. 245.

(2) S. R. Cajal: *Mecanismo de la regeneración de los nervios.* Trabajos del laboratorio de investigaciones biológicas de la Universidad de Madrid, t. IV, 1906.

(3) Harrison: *Further experiments in the development of peripheral nerves.* Referido en *Neurologisches Centralblatt*, 1907, núm. 3.

darios. Sin embargo, en la clínica las cosas parecen más complicadas que en los experimentos en animales jóvenes.

Así no se explica bien por qué la sensibilidad protopática reaparece mucho antes que la epicrítica (ya hemos dicho que en Head no se había restablecido ésta ni á los dos años de la sección), ni que los nervios del miembro superior se regeneren mucho mejor que los del inferior. Acerca de todo esto deben leerse las Monografías de Head y Sherren, tantas veces citadas. Nuestro caso parece favorable á la doctrina clásica, á lo menos en lo relativo á los nervios motores. Hemos dicho, en efecto, que la degeneración del oponente y abductor corto era total, es decir, que el cabo periférico del nervio mediano era inexcitable, lo que prueba que aun suponiendo que se hubiera formado autogénicamente nervio nuevo, era incapaz de responder á los estímulos que influyen en un nervio normal.

Parece, pues, que las fibras autógenas, si existen, no son completas ni anatómica ni fisiológicamente.

La rapidez con que se restablece la sensibilidad protopática es uno de los motivos que hacen suponer á Head que tal sensibilidad es función del sistema simpático, cuyas fibras se regeneran, según parece, muy pronto.

No terminaré sin dar las más expresivas gracias á mi querido amigo el Dr. Goyanes, que me ha proporcionado toda clase de facilidades para el estudio de este caso.

---

## UN CASO DE ENFERMEDAD DE BANTI

POR EL DR. BLANC FORTACÍN

Del Hospital de la Princesa.

N. N., sin antecedentes morbosos. No ha padecido paludismo. Hace dos meses comenzó á experimentar dolores y abultamiento en la región del hipocondrio izquierdo; los dolores eran agudos, continuos, con exacerbaciones, y se irradiaban al raquis. Durante la evolución de su enfermedad padeció frecuentes accesos nerviosos, caracterizados por pérdida de conocimiento y convulsiones.

Examinados los distintos aparatos y sistemas, los síntomas son negativos; sólo la palpación del abdomen revela datos objetivos de positivo valor. En el hipocondrio izquierdo, vacío y fosa ilíaca del mismo lado, existe una tumoración que, por percusión, da sonido macizo, extendida en sentido longitudinal desde la séptima costilla del lado indicado hasta dos traveses de dedo por encima de la cresta ilíaca, y en sentido transversal desde la región lumbar hasta la línea umbilical. La palpación permitió reconocer que dicha tumoración

es lisa con borde cortante, que se extiende formando como un gran arco de círculo, desde por debajo de las costillas falsas, hasta cuatro ó cinco centímetros por encima de una línea que une las dos espinas ilíacas. Existe ascitis. Nada revela la auscultación.

*Orina.*—Sin albúmina ni glucosa. Densidad, 1,025. Urea, 17 por 1.000.

*Sangre.*—Hematíes, 4.000.000. Leucocitos, 72.000. De éstos, abundantes linfocitos; mielocitos eosinófilos escasos. Algunos Mastzellen. Pocas formas de tránsito. Hemoglobina, 75 por 100.

*Diagnóstico clínico.*—Enfermedad de Banti.

*Intervención.*—Extirpación de la glándula, previa ligadura del ligamento espleno-cólico y freno-esplénico y del pedículo; peritoneización del colon, que quedó en su cara posterior desprovisto de serosa; sutura de la cola del páncreas, en la cual se produjo, durante la intervención, una pérdida de sustancia. *Toilette* de la cavidad y sutura de las paredes del abdomen.

*Curso post-operatorio.*—Inmediatamente después de la intervención, la enferma aparece casi colapsada. Reacciona á las tres horas, y aparece al día siguiente sin temperatura, con permeabilidad intestinal y sin dolores ni sensibilidad del abdomen. El cuadro cambia rápidamente á las doce horas, presentándose considerable hipotensión, lengua seca, vómitos y temperatura de 39,5. Muerte el mismo día por colapso brusco.

Los datos contenidos en la historia expuesta denunciaban:

1.°, una esplenomegalia sin leucocitemia; 2.°, la existencia de trastornos en la circulación gastro-esplénica, productores de ascitis; 3.°, una normalidad relativa en el valor globular.

Con estos datos, el diagnóstico clínico fué de enfermedad de Banti, y el plan dispuesto para la enferma la intervención.

No entraremos á dilucidar ni desentrañar la esencia de esa especie nosológica, no bien constituída todavía. El objeto es razonar en vista de estos hechos, si la intervención estaba indicada.

El bazo es órgano formador de linfocitos. Sólo en caso de que el organismo, amenazado por una infección ó intoxicación crónica, necesite una proporción de elementos activos de defensa (leucocitos granulados ó mielocitos), el bazo sufre una transformación, una degeneración mieloide, y fabrica estos últimos elementos. De suerte que casos existirán en que la hipertrofia del bazo no sea sino expresión de una necesidad orgánica, ó, expresado de otro modo para no hacer aparecer conscientes á las funciones orgánicas, una transformación operada en su textura por la acción de determinadas sustancias circulantes en la sangre, que al impresionar en forma determinada los elementos activos de dicha glándula transformen su funcionalismo, éste á su vez modifique su morfología y todo ello traiga como

consecuencia modificaciones en su circulación que, en último término, le lleven al estado embrionario, á la *mutación mieloide,* de que antes hablábamos. Mas siendo el bazo productor de linfocitos y perdiendo por esta razón el carácter de órgano linfogénico para convertirse en mielógeno, otros órganos deberán subvenir á la linfogénesis; y de esta manera se comprende que los ganglios linfáticos exageren su función y aumenten su volumen en ocasiones. Así sucede en la leucemia.

En estas condiciones se comprende que la extirpación del bazo rompa un equilibrio establecido merced á necesidades que el organismo sintió, y que por este motivo los resultados sean desastrosos. Mas si el órgano ha sufrido una hipertrofia no funcional, sino anatómica, ya por una proliferación neoplásica de sus elementos, ya por alteraciones ocurridas como consecuencia de una hipertrofia funcional que en algún tiempo fué precisa, pero en la actualidad innecesaria, el organismo sufrirá, de una parte, las consecuencias de una tumoración que alterará la arquitectura del abdomen; de otra, recogerá los productos que á su sangre lleve un órgano activo y alterado en su textura, y, por tanto, en su función.

En este caso nos hallábamos en la enferma cuya historia acabamos de relatar. Ninguna infección anterior nos podía hacer pensar en la necesidad de una leucocitosis de defensa; por otra parte, nos lo confirmaba el examen de la sangre con una cifra de mielocitos casi normal. Pero, de otro lado, no se presentaba linfocitemia tampoco; luego el aumento de volumen del órgano no correspondía á una actividad mayor del mismo, sino más bien á una disminución de la misma; luego eran otros elementos que los activos del bazo los que daban á éste un desarrollo inusitado.

Efectivamente, demuestra el análisis histológico un desarrollo de tejido fibroso alrededor de los vasos, una producción de nódulos adenomatosos difusos con células fusiformes y sin desarrollo excesivo del sistema venoso. Yo llamaría á esta mutación una neoplasia difusa del órgano, un verdadero linfoadenoma, que en lugar de activar ó transformar sus funciones, las inhibe ó las perturba. Dadas las relaciones existentes entre el hígado y el bazo en lo que se refiere sobre todo á las funciones hematógenas, es posible que las perturbaciones sufridas por este último órgano en los períodos más adelantados de la enfermedad se deban á productos anormales recibidos del bazo, que alteren su textura á la manera de los productos de elaboración intestinal cuando producen las cirrosis.

Organo que no llena función ninguna, órgano que más bien que otra cosa se inhibe de su función normal y órgano que comprime, atiranta y se adhiere anormalmente á los tejidos y órganos de alrededor, es fuente probable de productos dañinos para los mismos;

debe ser extirpado. He ahí los fundamentos de la indicación operatoria que establecimos y que cumplimos.

Laboriosa fué la intervención; el volumen exagerado del tumor, las fuertes adherencias parietales, la resistencia del ligamento freno-esplénico y espleno-cólico dificultaban su movilización; pero, sobre todo, no existía el pedículo; la cola del páncreas se presentaba junto al íleo como formando un pedículo; el bazo, al desarrollarse, había desplegado el meso-gastro esplénico, y era muy difícil poner la pinza sin exponerse á coger órganos muy próximos. En estas condiciones salvamos la dificultad, poniendo el clamp muy junto al íleo esplénico, y entre la pinza y el tejido propio del bazo, rápidamente y en dos ó tres cortes en pleno tejido del bazo, separamos la gran masa tumoral; previamente habían sido seccionados el ligamento freno-esplénico, que cortamos á tientas y llevando la tijera guiada por los dedos de la mano izquierda, y el espleno-cólico, desplegado también, hasta el punto de quedar el colon desprovisto de peritoneo en una extensión de dos centímetros en su cara posterior, teniendo por este motivo necesidad de una sutura peritoneal para revestir ese tramo de intestino.

Hemos hablado en la historia de una lesión de páncreas. De ella nos dimos cuenta cuando, una vez separado el bazo, procedimos á la *toilette* de la cavidad que ocupó dicha víscera. Aparecía la cola del páncreas como desgarrada, es decir, como si hubiera sufrido un tirón con una pinza que se hubiera llevado un trozo de dicho tejido, y junto á esa especie de muñón brotaba en surtidor la arteria pancreática. Ligamos ésta; practicamos con seda fina una sutura en 8 en el páncreas, y continuamos la *toilette* sin más incidentes.

Esta lesión de páncreas puede haber contribuído, al menos en parte, á los accidentes post-operatorios. Recuérdese la historia, y se verá: 1.° Al día siguiente de la intervención, la enferma ha reaccionado perfectamente; no hay temperatura, el pulso es perfectamente normal. 2.° Continúa la normalidad. La tarde del mismo bruscamente comienza un síndrome peritonítico, que se acentúa al día siguiente, y que termina rápidamente el cuadro morboso. No siendo como no fué éste el de una obstrucción intestinal, ni tampoco el derivado de una hemorragia secundaria, parece por lo brusco el de una perforación visceral, que tampoco es admisible, ó el de una peritonitis agudísima, verdadera septicemia peritoneal, que es lo más probable, habida cuenta de que en aquel abdomen existían tres concausas para favorecerla: traumatismo, hemorragia y líquido ascítico. A favorecer esa septicemia pudo contribuir también el jugo que, emanado de la sección de páncreas, ejerciera acciones corrosivas determinadas sobre la gran serosa, creando superficies de infección y de absorción.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA CLOROSIS

# IMPORTANCIA DE LAS HEMORRAGIAS «OCULTAS» DEL TUBO DIGESTIVO COMO SIGNO PRECOZ DE LA ÚLCERA GÁSTRICA LATENTE

POR EL DR. D. FRANCISCO SANZ
De Cabezón de la Sal (Santander).

## I

A la reforma del enorme *montón* patológico de los *pseudo-reumatismos*, sobre los que no ha mucho dirigía su acertada crítica el ilustrado Dr. Mut en uno de los anteriores números de esta REVISTA, y cual si pretendiese inaugurar una *era* de verdadera reflexión y estudio, quisiera yo asimismo contribuir, uniendo hoy mi débil voz, exponiendo mi humilde opinión sobre otro punto ciertamente escabrosísimo, y al que creo actualmente responsable de numerosos errores clínicos, pero sobre el que opino es posible hacer un poco de luz.

Y como él, siento que personas más autorizadas que yo no se ocupen de estos asuntos, encargándose de hacer reaccionar á la clase médica contra lo mal comprendidas que están por ciertas escuelas determinadas enfermedades, elementos principalísimos de otras secundarias y determinadoras del carácter morboso del individuo, aclarando cuanto posible les fuere, de esa manera, el inmenso *caos* que reina en nuestra ciencia, ilustrada, es cierto, con grandiosos descubrimientos, pero sumida también, á no dudarlo, en un mar de confusiones por el infinito número de sus teorías.

Del repleto capítulo de la etiología de la clorosis, y en el que, en verdad, no siempre ocupa el puesto de enfermedad, sino más bien de síntoma, voy á analizar, siquiera sea superficialmente, sus factores principales.

Tomando para su examen cualquiera de los numerosos tratados de Patología médica que corrientemente se consultan, se ve que á cuatro pueden reducirse, por ser las principales, las causas productoras de dicha *enfermedad:* la sífilis, la tuberculosis, la pseudo-clorosis y los trastornos digestivos, y por este mismo orden voy á pasarlas revista.

De la primera poco habré de ocuparme, porque conocida por todos su acción *anemiante* sobre el organismo que la contrae directamente, así como sobre la descendencia, á nadie se le ocurriría considerarla como entidad nosológica independiente, sino como lo que ciertamente es: como una de sus manifestaciones, como un síntoma. Además, en muchos casos existirá una bien probada coincidencia

de sífilis y clorosis (como puede verse en las observaciones II, III y VIII), siendo ésta no sintomática de aquélla, sino de una *úlcera gástrica latente*, como por medio de la investigación de la sangre en las deposiciones, de que luego me ocuparé, puede verse, y como el diagnóstico terapéutico nos confirma.

De mayor importancia es la segunda y única, según Landouzy y Labbé, que sería capaz de producir la clorosis, colocándola en el primer puesto entre los agentes etiológicos. Veamos su opinión en esta materia y sus argumentos.

La clorosis, según ellos, fundados en el estudio clínico, procedería de una infección bacilar más ó menos atenuada. Es frecuente—dicen—encontrar en los antecedentes de estos enfermos una persona (padres, hermanos, abuelos, etc.) tuberculosa; otras veces, de niños padecieron alguna infección bacilar atenuada (adenopatías cervicales, artritis). Si se les examina detenidamente, en ocasiones aparecen algunos síntomas en el pulmón (modificaciones á la percusión, auscultación, etc.); en otras carecen en absoluto de ellos; acaso alguna vez reaccionen á la tuberculina ó presenten el fenómeno de la aglutinación del bacilo homogéneo de Courmont. Y aun con estas dudas, tantas como ideas, pretenden, repito, que la clorosis sería la misma tuberculosis, acaso larvada, y no un terreno apto para la adquisición y desarrollo ulterior de la misma, viniendo á resultar más bien una coincidencia.

Como se ve, esta opinión la creo exagerada, porque respecto á los antecedentes hereditarios, ¿quién en una ó dos generaciones no tuvo ó tiene un tuberculoso en su familia, y aun de los diagnosticados clínicamente sin los modernos procedimientos (bacilos, tuberculinas, aglutinación, inoculación, etc.)? ¿Y cuán numerosos no son los casos que, habiéndola padecido en su niñez ó juventud, se vieron libres de la clorosis?

Respecto á esas modificaciones pulmonares de que nos habla Landouzy, hijas de una *delicadísima* auscultación, tampoco merecen gran valor, porque esas mismas cloróticas, seguidas durante más ó menos tiempo y sin el tratamiento adecuado á la tuberculosis, se conservan sin hacerse bacilares, y Marfan, entre otros, publicó un caso en el que, habiendo presentado esas modificaciones en la autopsia, no se observó la menor lesión de esa índole.

En cuanto á la reacción positiva por la *tuberculina*, Chauffard la halló negativa en varios casos diagnosticados clínicamente de *clorosis* y confirmados mediante el examen hemático (3 de 4 analizados), y *sumamente débil* en el positivo. Y deduce de su observación, y después de varios razonamientos, que en muchos casos es coincidencia simplemente.

Pero, además de esto, oigamos lo que el mismo Landouzy escribe

hablando del valor diagnóstico de dicha reacción: «*Su acción no siempre es idéntica á sí misma, y la elevación de temperatura que sigue á la inyección, con las dosis de 1 c. c. (Koch), y aun de 2 y 1 miligramos (tuberculina bruta-Straus) en sujetos tuberculosos no es constante, existiendo enfermos que no la presentan aun á dosis capaces de producirla en sujetos completamente libres de tal enfermedad. É inversamente, aun pequeñísimas dosis pueden producirla en sujetos sanos; y, como afirma el mismo Straus, estos hechos bastan por sí solos para quitar á la tuberculina el valor diagnóstico absoluto que se le ha atribuído.*»

Sólo restaría el fenómeno de la *aglutinación*, que unido á otros síntomas sería de gran valor, pero que *aislado* no le tiene, porque se presenta en algunos individuos normales, en el 33 por 100 de los que tienen otras enfermedades, dejando de ser constante aun en los mismos tuberculosos.

Así, pues, sin negar la posibilidad de su existencia, pero en todo caso como un *síntoma* de la enfermedad primitiva, no puedo participar de las ideas del ilustre clínico del Hospital Laënec, y sí creer que en numerosísimos casos es simple coincidencia y siempre dependiente de una lesión radicante en otro órgano y que constituye la verdadera enfermedad, como luego veremos, y cuyo diagnóstico terapéutico se encarga de confirmar.

Y llegamos al tercer factor, al de las *pseudo-clorosis*, ese nuevo capítulo idéntico al de los *pseudo-reumatismos* de que nos hablaba el Dr. Mut, y que yo llamaría *pseudo... diagnósticos*, porque ¡cuidado que es *herejía científica* bautizar una enfermedad, un síndrome ó un síntoma con el calificativo de *falso!*...

Por muy poco que meditemos sobre tales *pseudo-clorosis*, derrumbaremos su trémulo edificio inmediatamente. Y averiguada la patogenia, más propiamente, el mecanismo productor de esa tan *cacareada pseudo-clorosis brightica* de Dieulafoy, que según el gran clínico de Necker no es más que «la resultante de una vaso-constricción periférica por toxinas alimenticias (en la cardio, nefro y arterio-esclerosis)», no hay para qué ocuparnos de ella.

Y es muy posible que ese mismo mecanismo intervenga en la *pseudo-clorosis de la menopausia*, culpando á las toxinas alimenticias de su producción, así como á las microbianas tal vez en las infecciones.

La *pseudo-clorosis por aplasia arterial, aórtica* ó enfermedad de Andral-Virchow, perfectamente conocida y ocupando lugar como entidad nosológica, de la que la *clorosis* sería una de sus manifestaciones importantes.

Réstame solamente examinar el último factor, sobre el que he de insistir por creer firmemente que se encuentra, no la causa única

de la clorosis, sino la *enfermedad* misma que la produce, quedando, si hablamos con propiedad, reducida aquélla á ser un síntoma más ó menos importante de ésta, y no mereciendo, por lo tanto, un capítulo, como hasta ahora se la concede.

No examinaré autores antiguos para comprobar mi aserto, pues de ser harto extensa su exposición, sería de poco resultado positivo al fin que me propongo; me limitaré á seguir las huellas de algunos que creo ocupen un alto puesto en el mundo clínico.

Huchard dice que sin caer en la exageración de Beau y Linton, los que sostienen que la *clorosis era debida á hemorragias gástricas ó intestinales*, concede un gran papel á la *hiperclorhidria, muy frecuente* en ellas, y se explica en cierto modo las relaciones de *causalidad* que se han indicado y establecido entre la úlcera y la clorosis; mas cree que se ha exagerado bastante y que cuando se dice «que la úlcera, consecuencia frecuente ó habitual de la hiperclorhidria, se observa muy á menudo en las cloróticas, se comete un error clínico tomando el efecto por la causa y confundiendo la *clorosis* con la *anemia* sintomática de la úlcera, y las hematemesis histéricas ó supletorias del flujo menstrual con las gastrorragias de la úlcera gástrica simple».

Más adelante refiere que ya Troussean decía «que en algunas *cloróticas* el *hierro* era rechazado por el estómago, aumentando con su administración los *síntomas gástricos*». Hayme escribía que «era necesario preparar tales enfermas, cuidando durante algún tiempo su estómago, como si estuvieran pura y simplemente afectadas de *dispepsia*»; y el mismo Huchard sostiene «que no siempre los trastornos gástricos, *más acentuados*, acompañan las *anemias* (1) más intensas y hasta las *cloróticas dispépticas* por los *alcalinos* y el *régimen adecuado*, preparando así su estómago á la medicación ferruginosa, de la que él mismo acaba por confesar *se abusa muchísimo*, y la que muchas veces es como *introducir plomo en el estómago, administrarla antes*. Y combate además la constipación, así como los trastornos nerviosos, puesto que, según afirma Marfan, «el factor etiológico más importante de la hiperclorhidria es la existencia de una disposición neuropática».

Como se ve por todo lo expuesto, de aquí á admitir la úlcera como causa y á tratar la *clorosis* como tal, va sólo un paso; y si reflexionamos un poco y vemos que la constipación, la hiperclorhidria y los demás síntomas *dispépsicos* que muy á menudo acompañan la *clorosis* son también los *clásicos* compañeros *casi* inseparables de la *úlcera gástrica*, y que hoy, merced á haber enriquecido nuestro ar-

(1) El mismo que antes pretende establecer distinción (como evidentemente la hay) entre clorosis y anemia, cae ahora en la confusión.

senal diagnóstico con un nuevo síntoma, de eficacia en este caso innegable, que no poseían cuando así pensaban, terminaremos por disculpar su creencia errónea, aunque bien aproximada á la realidad, sentando y sosteniendo que es preciso tratar, no la clorosis, sino la *úlcera gástrica latente* acaso, y obtendríamos así la curación completa en la mayoría de los casos de aquel *aparente síntoma.*

Simonena (á quien debo la iniciación de esta idea) decía que la clorosis esencial no tenía existencia propia, y que las así diagnosticadas no eran sino *úlceras gástricas latentes*, aconsejándonos que siempre que viésemos una clorótica perteneciente al grupo dicho *de las esenciales*, aun sin presentar trastornos gástricos, dirigiésemos nuestra investigación hacia este órgano, y fácilmente llegaríamos á un buen diagnóstico y á un seguro y rápido tratamiento.

Y desde entonces, siempre que tuve ocasión, y en verdad que fué muy á menudo, de examinar *cloróticas* y buscar la *enfermedad latente*, pude comprobar con sus síntomas clásicos unas veces, con ayuda de la reacción química positiva otras, y siempre con los resultados terapéuticos excelentes, que tales ideas, es decir, que semejante diagnóstico era evidente, que bajo la máscara de la *clorosis* se ocultaba *siempre* una *úlcera gástrica* más ó menos *latente,* permítaseme llamarla así.

Y no se me argumentará, como lo hace Huchard, que lo que así llamo y trato son las *anemias*, consecutivas á las gastrorragias ulcerosas; pues aparte de que, como ya he dicho, emplea él mismo indistintamente esas palabras, *siempre* he puesto especialísimo cuidado en diagnosticar como tales aquellas que reunían la inmensa mayoría de los síntomas que en las obras se asignan á la clorosis. Y, por otra parte, algunas venían ya diagnosticadas por distinguidos y reputados compañeros como tales enfermas. ¡Lástima grande que condiciones especiales hayan hecho imposible el examen hematológico!

Hay numerosos casos en los que la existencia de la *úlcera* era evidentemente anterior á la *clorosis*, pues sus síntomas aparecían bien claros; mas no siempre sucedía así, y en ocasiones bien numerosas lo primero que se descubría al examen superficial era la *clorosis.* De éstas, en algunos casos, buscando la sintomatología de la lesión gástrica, aunque atenuada, aparecía evidente; y tanto en éstos como en los anteriores, firme y convencido como me hallaba en mis creencias, sometía sistemáticamente mis enfermos al tratamiento general de los ulcerosos, y siempre, salvo rarísimas excepciones, obtuve curaciones sorprendentes por el estado en que se encontraban algunas y por el tiempo relativamente corto que necesitaba para lograrlas.

Pero posteriormente me dediqué, ya que tenía en mis manos

sustancias químicas segurísimas para el análisis, y conocedor de esas *hemorragias ocultas, precoces*, que existen en las *úlceras gástricas*, mucho tiempo antes de haber presentado otro síntoma, á su busca en las deposiciones, y toda vez que se me presentaba ocasión de comprobar las ideas que ha tiempo poseía. Y en los casos que hasta ahora he podido averiguarlo los resultados han sido positivos, esperando que en día no lejano éstos sean verdaderamente numerosos para afirmar categóricamente cuanto hoy expongo, ideas que, por otra parte, van, aunque paulatinamente, abriéndose paso entre nosotros.

Es posible que alguien piense que no siendo todas las *cloróticas hiperclorhídricas*, ¿cómo han de ser *ulcerosas*? Ya que se tiene la hiperacidez como inseparable de ésta. Mas bástele saber ó recordar que desde que la investigación química entró de lleno en la práctica médica, son cada día más numerosos los casos que se descubren de *clorhidria normal* y aun de *hipoacidez* algunos, en las úlceras gástricas latentes.

Y podría explicarse, siquiera fuera en parte, ¿por qué mecanismo la úlcera produciría la clorosis?

Oigamos la opinión de Arneth, de Wurgbourg. Este autor hace notar que existe un paralelismo entre el estado de la acidez gástrica y la constitución de la sangre, considerada bajo el punto de vista de la cantidad de su hemoglobina, así como del número de glóbulos rojos; es decir, de los elementos cuya variación existe en la clorosis. En el 87 por 100 de las cloróticas hay *hiperacidez pronunciada*, y en las 13 por 100 restantes el estado de acidez gástrica es normal.

La evolución de los dos grandes síntomas *clorosis* é *hiperacidez* sigue una marcha paralela, y cuando el enfermo se acerca al tipo globular normal, su *acidez* desciende, aproximándose á la cifra media. Esta disminución progresiva de ambas manifestaciones morbosas es sumamente interesante, y será muy lógico pensar si no repercutirá la una sobre la otra; es decir, si la hiperacidez, reveladora de una *dispepsia* más ó menos profunda y evidente, no será la determinante de la *clorosis*.

Y esto que Arneth atribuye á la *dispepsia*, como quiera que el elemento causal de semejante alteración sanguínea sería la acidez gástrica, ¿no pudiera atribuirse á la úlcera?

Sobre esta vía nueva, Œttinger (en el Hospital de Broussais) vió un caso diagnosticado de *clorosis hiperclorhídrica* y en el que nada hubiera permitido sospechar una lesión anatómica, á no haber sido el examen diario de las deposiciones, en las que buscaba la sangre de esas hemorragias ocultas por medio de la *benzidina*. Con ella, afirmó la existencia de una úlcera latente, y sometida por con-

siguiente al régimen de ésta, terminó por curar, no sólo la lesión gástrica, sino la misma *clorosis*.

Y sentadas estas doctrinas, si recorremos á la ligera las diversas causas expuestas en el capítulo de la *clorosis*, veremos que dentro de este criterio aquí sostenido, cuanto allí se dice es precisamente cuanto encaja en el cuadro descriptivo de la *úlcera gástrica*, aun en su forma latente. Y así, nos encontramos con que la edad más frecuente de la *úlcera* es también la pubertad, con que en ella abunda toda clase de trastornos gástricos é intestinales, trastornos menstruales, vasomotores, neurálgicos; en una palabra, cuanto hasta aquí ha sido el cuadro clínico de la *clorosis*.

Antes de terminar, séame permitido consignar algunos casos, personales en su mayoría, como comprobación de cuanto llevo expuesto, sacados entre los bastante numerosos que poseo, y que creo de gran utilidad.

Para ser más breve, sólo pondré el diagnóstico hecho—*con arreglo á las ideas corrientes*—con bastante escrupulosidad, advirtiendo que las curaciones se mantienen hoy día.

Observación I.—Personal. María G., diez y ocho años, sin antecedentes hereditarios ni personales importantes. *Desarrollo* retardado; amenorreica, con ligeros trastornos gástricos. *Clorosis típica*. Tratada por los tónicos en general, apenas se mejora su situación durante dos años. *Sometida al régimen de la úlcera*, *curación* completa en dos meses.

Observ. II.—P.—Josefa G., veinte años. Antecedentes hereditarios é individuales *luéticos*. Menstruación á los quince años, de marcha irregular, y desde hace tres años *clorótica*. Con ligerísimas temporadas de mejoría, agravándose después; es sometida desde su examen, en esta consulta, al régimen de la *úlcera*, y obtiene su curación en tres meses, sin haber tenido necesidad de administrarla preparados ferruginosos.

Observ. III.—P.—Fernanda R., diez y siete años. Antecedentes luéticos en su familia, y con manifestaciones heredo-sifilíticas; fué tratada como *clorótica* hace dos años por varios compañeros. Amenorreica. *Reacción de Weber*, *positiva*. *Curación* en poquísimo tiempo con el tratamiento de la *úlcera gástrica*.

Observ. IV.—P.—María D., quince años. Antecedentes hereditarios tuberculosos; amenorreica; presenta el cuadro clínico de la *clorosis*, sin el menor trastorno gástrico, excepto un pequeño dolor epigástrico á la presión. Vértigos frecuentes. *Reacción positiva*. *Curación* al mes y medio.

Observ. V.—P.—Lucrecia M., veinte años. Propensa á bronquitis pertinaces, y tratada en la corte con los balsámicos últimamente. Al poco tiempo, y presentando ligeros trastornos gástricos que la

obligaron á consultar, fué diagnosticada y tratada como *clorótica* (tuberculosa?), sin conseguir grandes resultados. Regresó á este país, de donde es oriunda, y se me presentó en mi consulta. Sospechada la existencia de una *úlcera*, á pesar de su aspecto y diagnóstico anterior, y sometida, por consecuencia, al régimen apropiado, logré ver su curación en poco tiempo, habiendo regresado á la corte. Noticias que no ha mucho pude adquirir de su familia confirman tal curación de hace dos años.

Observ. VI.—P.—María T., veintiún años. Trastornos gástricos á la primera menstruación (diez y seis años); fué tratada como *clorótica*. Hace dos años, con *síntomas de la misma* y de *enterocolitis muco-membranosa*, fué sometida al tratamiento clásico de la *úlcera gástrica*, y obtuvo en pocos meses su completa curación.

Observ. VII.—P.—Manuela S., treinta y cinco años. Diagnosticada y tratada como *clorótica*, presenta en la actualidad frecuentes lipotimias que la molestan, y cuya causa ignora, creyéndolas debidas á su *enfermedad* tal vez. *Reacción positiva con la benzidina*. Hace un mes se encuentra en tratamiento (de la úlcera), y su mejoría es tan grande, que en breve espero modificar la alimentación y darla el alta por curación.

Para no cansar más repitiendo siempre lo mismo, terminaré con un caso recientemente observado, y en el que aparece la primera manifestación *ulcerosa* en la época del *desarrollo*, quedando *oscurecida* ó, mejor dicho, como *dormida*, para despertar con motivo de contraer la enferma una afección luética, *obsequio* de la estancia de su *marido* en la corte, y causada por la crasísima ignorancia de estas gentes.

Guadalupe P., treinta años, sin antecedentes hereditarios patológicos. Primera menstruación á los diez años; y presentando entonces todos los *síntomas de la clorosis*, fué tratada por medio de los tónicos, necesitando *tres años* para obtener alguna mejoría, pero quedando siempre *muy delicada del estómago y con malos colores* (sic).

Su marido (lechero en la corte) llegó hace seis meses al pueblo para pasar una temporada con la familia, adquiriendo entonces ella la afección luética (de la que él venía tratándose hacía cuatro meses). En pleno período secundario ingresó en el hospital, y fué sometida al tratamiento conveniente (fricciones hidrargíricas), siendo dada de alta al mes para que en su casa siguiese sometida al plan allí trazado.

Entonces fué cuando las molestias gástricas se exacerbaron; tuvo dolores fuertes *diurnos*, espontáneos y provocados, deposiciones *poso de café*; y, al fin, una gran *hematemesis*, que puso en peligro su vida, aclaró esta situación.

Si mis ideas y el diagnóstico retrospectivo no me hubiesen hecho pensar en una *úlcera gástrica*, datando de la pubertad y puesta ahora en evidencia por la *infección sifilítica,* tal vez hubiese creído dependientes los trastornos gástricos de una lesión ulcerosa, sí, pero hija de la enfermedad general recientemente adquirida.

En su consecuencia, sometí la enferma al tratamiento adecuado á mi juicio, y hoy mismo, que nuevamente la he examinado (veinticinco días del comienzo de mi plan), observo con admiración que se ha operado en ella una verdadera resurrección por lo que se refiere á la *lesión ulcerosa*, única tratada, demostrando de esta manera, si hemos de creer el *naturam morborum curationes ostendum*, la naturaleza no *sifilítica* de la *úlcera gástrica*.

Así, pues, una nueva vía, en el terreno de la comprobación clínica, queda abierta; y sin pretender haber *agotado* la materia y, por consiguiente, haber dicho la *última palabra,* me creeré muy feliz si, al mismo tiempo que sigo mis estudios sobre este asunto, con su lectura he logrado interesar á mis compañeros, y si con el trabajo de todos llegamos á conseguir *hacer alguna claridad* en ese inmenso *maremagnum* de la Patología médica, reorganizando algunos de sus asuntos en los que hoy reina la más enorme confusión.

## BIBLIOGRAFÍA

Mut: *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, Diciembre 1906.

Brouardel et Gilbert: *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, tomo VI, Chlorose.

Landouzy: *Journal des Praticiens*, 1906, núm. 33, y *Traité de Médecine et de Thérap.*, citato, tomo V.

Labbé: Congrès tuberculose, Octub. 1905. *Journal des Praticiens*, 1905.

Chauffard: *Journal des Praticiens*, 1906, núm. 23.

Georges: *Précis d'hématologie et de cytologie,* 1903.

Huchard: *Consultas Médicas*, 1902, y *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, 1905, tomos I y III.

Simonena: Conferencia de Patol. y Clin. Médic., 1902, Valladolid.

Arnet: *Deutsch. Med. Woch.*, 1906, núm. 17.

Œttinger: *Journal des Praticiens*, 1906, núm. 52.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## ¿HASTA QUÉ PUNTO DEBE SER RESPETADO EL DERECHO DEL FETO Á LA VIDA EN EL ACTO DEL PARTO?

**Comunicación hecha á la sección de Obstetricia y Ginecología del Congreso de naturalistas celebrado en Meran el año 1905,**

POR EL PROFESOR B. KRÖNIG.

**Traducción directa del alemán**

POR EL DR. CARMELO GIL É IBARGÜENGOITIA (1)

Aunque en los tratados de Obstetricia se consigna á menudo, al estudiar las indicaciones de intervenir en tocología, que el interés de la madre está muy por encima de los intereses del niño, hoy apenas existe un tocólogo que siga amoldando su norma de conducta con arreglo á este modo de pensar. Nosotros nos consideramos, por el contrario, autorizados para intervenir, teniendo en cuenta exclusivamente los intereses del feto; intervenciones que, como es natural, representan un peligro más ó menos grande para la vida de la madre. Así, por ejemplo, está por todos admitido que es una indicación formal de intervenir con el forceps el que el feto se encuentre en peligro, importando poco el que su cabeza se halle en el estrecho superior ó inferior, siempre que las partes blandas estén suficientemente dilatadas y no exista desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis de la madre. Con el forceps es incuestionable que se arriesga en más ó en menos la vida de la madre; basta recordar el conocido dicho de Leopold de que la aplicación del forceps representa una de las intervenciones más cruentas de la especialidad. Si hubiéramos de tener en cuenta solamente los intereses de la madre, es natural que en estos casos, olvidando por completo los del feto, dejaríamos que terminase el parto por los solos esfuerzos de la naturaleza, sin comprometer la vida de la madre con una aplicación de los hierros.

Un segundo ejemplo: el mismo Leopold insistía todavía, en el Congreso de Amsterdam, en que ante todo y en primera línea debemos tener presente los intereses sagrados de la madre, no obstante ser él precisamente el que ha practicado en Alemania con más fre-

---

(1) El profesor Krönig, director de la clínica de mujeres de la Universidad de Friburgo, ha tenido la bondad de autorizarnos la traducción de este interesante trabajo. En esta nota deseo hacer constar mi profundo agradecimiento á tan eminente maestro.

cuencia la operación cesárea abdominal en indicación relativa; si él, en verdad, hubiese tenido en cuenta ante todo los intereses maternos, es indudable que en estos casos hubiera sustituído la operación cesárea por la perforación del feto vivo, que, llevada á cabo á su *debido tiempo*, representa un traumatismo mucho menor para la madre.

Se puede hoy asegurar que este principio de *primero la madre y después el niño*, en general se ha modificado, y que se interviene con mucha más frecuencia teniendo en cuenta solamente los intereses del feto, practicando operaciones que hacen peligrar más ó menos la vida de la madre. El verdadero *puntum saliens* de la cuestión es el precisar hasta dónde debemos llegar con nuestra técnica para poder salvar un engendro cuya vida esté comprometida. Zangemeister opinaba hace poco en una conferencia que por regla general sólo deben llevarse á cabo en interés del niño aquellas operaciones que no dan para la madre una mortalidad superior al 2 por 100. Aunque ésta es una cifra arbitraria, nos indica por lo menos cómo desde este punto de vista se ha operado en la obstetricia un cambio radical. Ya que en los últimos años, merced á las mejoras de la técnica de la asepsia, y sobre todo á los adelantos de la técnica operatoria, han disminuído notablemente los peligros de las intervenciones practicadas por indicación fetal, debe ser anotado que un buen número de tocólogos entiende ser preciso el que recojamos los datos necesarios que nos sirvan para formar una norma de conducta en las intervenciones que debemos practicar cuando la vida del niño se encuentra comprometida.

Creo de utilidad precisar en primer término si en realidad el número de niños que, según las estadísticas, perecen aún por el traumatismo del parto, es tan grande que merezca nuestra atención médica.

Comenzando por mi pequeña patria, Baden, encuentro que en el gran ducado de Baden en el año 1902 aparecieron inscritos en el Registro civil 67.311 partos; de éstos nacieron 1.815 niños muertos, ó sea el 2,7 por 100; aunque se aprecia que existe una disminución importante de muertes comparando con otros decenios pasados, se nota sin embargo que en los cuatro últimos decenios apenas si existe variación alguna. Así, el tanto por ciento de niños nacidos muertos en los años de 1840-1849 es cerca del 3,2 por 100, mientras que desde el año 1880 este tanto por ciento oscila entre el 2,61 y 2,70 por 100.

Tomando en consideración las estadísticas de todo el imperio alemán, llegamos á un resultado análogo. Según el tratado de Obstetricia de Schultze, en el año 1900, y en un conjunto de 2.060.657 partos, nacieron 64.518 niños muertos, lo que da un tanto por ciento

algo más elevado que en Baden, 3,1 por 100; aun aquí se puede comprobar cómo la mortalidad ha disminuído comparando estas cifras con las que dan las estadísticas de la mitad del siglo pasado. Por ejemplo, en el espacio de tiempo de 1851-1860 el término medio del tanto por ciento de nacidos muertos es 4 por 100, mientras que desde el año 1891 esta cifra no asciende del 3,2 por 100.

En las maternidades la cifra de mortalidad fetal es mayor.

Así el número de niños nacidos muertos en la clínica de partos del Hospital de la Caridad de Berlín está representado por el 6,58 por 100; en la clínica de mujeres de la Universidad de Munich, por el 5,52 por 100; en el «Rotundahospital» de Dublín, por el 6,89 por 100; yo mismo he observado en la clínica de Friburgo, entre 3.133 partos de los últimos años, el 5,84 por 100 de mortalidad. Resulta de esto que en las maternidades la mortalidad fetal es casi el doble de la observada en la práctica privada. Esta diferencia no es difícil de explicar: de un lado, el número de embarazadas solteras que ingresan en las clínicas es desproporcionalmente mayor que el número de embarazadas solteras que no ingresan; ahora bien, demuestran por igual todas las estadísticas que el número de niños nacidos muertos es mucho mayor en las embarazadas solteras que en las casadas; cerca del 8 por 100 para las primeras, y del 2 por 100 para las segundas. El que precisamente las embarazadas solteras paran fetos muertos en un tanto por ciento tan elevado comparándolas con las casadas, tiene su explicación en la mayor frecuencia con que padecen las primeras la infección sifilítica, en el mayor número que se da de primíparas entre solteras, y en otra serie de factores: por ejemplo, el que sea más frecuente la falta de recursos en solteras embarazadas, y, por ende, deficiencia de cuidados durante el embarazo y parto.

De otro lado, ingresan en las clínicas mayor número de primíparas que de multíparas; entre las últimas, como B. S. Schultze y otros han hecho notar, el niño sufre durante el parto un traumatismo casi la mitad menor que en las primíparas.

Yo considero de tanta mayor importancia estos datos entresacados de las clínicas y de las estadísticas de todo el país, en cuanto que nos dan idea clara de la enorme cifra de mortalidad fetal—en Alemania al año cerca de 65.000—y nos permiten plantear la cuestión de, si posible es, hacer disminuir de alguna manera tan elevada cifra.

Esta cuestión encierra gran trascendencia para Alemania, por cuanto la estadística indica que de año en año (estos últimos años) la relación entre el número de partos en proporción con el número de mujeres aptas para la fecundación ha disminuído considerablemente. De todas maneras, la cifra de partos sigue todavía siendo

importante, hasta el punto que se continúa hablando de la aptitud verdaderamente prolífica de la mujer alemana.

Un ejemplo: durante el año de 1903 el número de partos pasó de 2.000.000; no obstante, esta cifra representa un retroceso comparada con el número de partos de los tres años anteriores, cuando se miran las cifras relativas y se comparan con las de años atrás. En el año 70 correspondieron en Alemania de 40 á 42 partos por cada 1.000 habitantes; desde esta época se nota, con diferentes oscilaciones, una disminución, que en el año 1903 llegó á 34 partos por cada 1.000 habitantes, siendo esta la cifra más baja de natalidad que se ha observado.

La frecuencia de partos es distinta en los diversos Estados y pueblos; así, mientras en Westfalia y el oeste de Prusia sigue siendo de 41 por cada 1.000 habitantes, en Berlín y en Hamburgo ha descendido hoy al 25,2 y 27,4 por 1.000.

Las estadísticas francesas demuestran, hace ya veinte años, un descenso continuo en la natalidad, y ofrece nuevamente en los últimos un retroceso que alcanza alrededor de 8.000. Mientras todavía en el año 1884 se observa un número de 937.000, desciende en 1894 á 855.000, y en el año 1904 á 818.000.

Cuando comparamos los trabajos hechos estos últimos años para conseguir disminuir la mortalidad en los niños de pecho, trabajos todos ellos coronados por el éxito, con los escasos resultados obtenidos en los últimos veinte años en nuestra labor de tocólogos para atenuar la mortalidad fetal *intra partum* (conforme lo demuestran las cifras anteriores), se ocurre preguntar:

¿Es que hemos llegado á conseguir el mínimum de mortalidad posible, ó es que estamos en condiciones de mejorar estas cifras por medio de nuevas intervenciones?

Para dar una contestación á esta pregunta, se necesita hacer dos grupos con los niños nacidos muertos:

1.° Aquellos que estaban muertos antes de comenzar el trabajo del parto; y

2.° Los que murieron en el acto del parto.

Con los del primer grupo, nosotros, como tocólogos, podemos hacer muy poco: unas veces, mediante un tratamiento antisifilítico empleado á tiempo; otras, llenando igualmente indicaciones causales cuando el estudio del caso nos pone al descubierto la causa determinante de la muerte del feto durante el embarazo; por ejemplo, nefritis de la madre. Pero estos casos nos interesan poco en este momento; nosotros queremos estudiar en este trabajo solamente aquellos en que el niño sucumbe, bien en el acto del parto ó bien poco tiempo después de él, y la causa ha sido el traumatismo sufrido.

En otros términos, lo que deseamos es analizar someramente las

causas de la muerte del feto *intra partum*. Para este estudio no encontramos mucho material en la literatura de estos últimos tiempos, porque hoy día no tiene el mismo interés que lo tenía antes el estudio en conjunto del material de las clínicas de partos. Encontramos de interés, desde este punto de vista, el material recogido por V. Herffs en el hospital de mujeres de Basel. En las historias clínicas del año 1904, de un conjunto de 1.178 partos, nacieron 53 niños muertos = 4,5 por 100; además, murieron durante la permanencia de las puérperas en la clínica 30 niños más = 3,5 por 100.

Por lo que podemos entresacar de las historias, resulta de interés para nosotros lo siguiente:

1. Tres niños que nacieron muertos á consecuencia de trastornos en la circulación placentaria, al final del embarazo.
2. Nueve niños en los que la causa de su muerte, durante el embarazo ó pocos días después del parto, fué la infección sifilítica.
3. Dos en los que la causa de la muerte tenía directa relación con monstruosidades; y
4. Un niño á quien se perforó fuera de la clínica.

Siempre queda, no obstante, un tanto por ciento elevado en el que los fetos perecieron en el acto del parto. Así se registran 21 casos en los que la asfixia, producida por lentitud del parto, fué la causa de la muerte; 3, la placenta previa; 4, eclampsia de la madre.

He intentado ordenar el material de la clínica de Friburgo, con objeto de poder establecer en cuántos casos existió relación directa entre la muerte del feto y el traumatismo del parto.

En los 3.133 partos observados nacieron 183 niños muertos. De estos 183, nacieron 33 = 18 por 100 macerados, y no macerados 150.

De este segundo grupo, que es el que aquí nos interesa, debemos restar, con objeto de poder estudiar hasta qué punto hubiera sido posible intentar salvar la vida de los muertos por medio de intervenciones tocológicas, aquellos que fallecieron antes de ingresar en la clínica.

Las historias clínicas nos enseñan que de los 150 muertos, 15 lo estaban ya antes del ingreso; durante el parto murieron 135, 69 niños y 66 niñas.

Teniendo en cuenta aquí solamente los 135 niños que perdieron la vida en el acto del parto, podemos hacer dos grupos con las parturientes:

*a*) Aquellas en que no existía obstáculo alguno en las partes óseas que dificultase el parto; y

*b*) Aquellas en las que una estrechez pélvica contribuyó en más ó en menos á la muerte del feto.

Con las del primer grupo podemos hacer de nuevo la distinción entre:

*aa*) Aquellas en que una enfermedad de la madre pudo contribuir ó contribuyó á la muerte del hijo.

*bb*) Aquellas en que el producto perdió la vida, ya porque se prolongara demasiado el parto, á causa de resistencias opuestas por las partes blandas, ya por existir anomalías en la presentación fetal ó en la inserción de la placenta, ó ya, finalmente, porque existiera una complicación nacida en el cordón umbilical.

Según esto, se pueden agrupar los 135 casos del modo siguiente:

A. *Ninguna resistencia del lado de las partes óseas del canal genital.*

1. Enfermedades de la madre que fueron la causa de la muerte del niño, 13 casos = 9,63 por 100; nefritis, 2 = 1,48 por 100; eclampsia, 9 = 6,66 por 100; hemofilia, 1 = 0,74 por 100; fiebre *sub-partu*, 1 = 0,74 por 100.

2. Enfermedades y monstruosidades del feto, 4 casos = 3 por 100; entre ellos, 2 = 1,48 por 100 sífilis; struma congénita, 1 = 0,74 por 100; hidrocefalia, 1 = 0,74 por 100.

3. Partos lentos y asfixia del producto, 40 casos = 28,9 por 100.

4. Anomalías del cordón umbilical:

*a*) Anudamientos del cordón, 10 = 7,4 por 100.

*b*) Prolapso del cordón, 8 = 6 por 100.

5. Anomalías de la placenta:

*a*) Placenta previa, 23 casos = 17 por 100.

*b*) Desinserción placentaria antes de tiempo, 1 caso = 0,74 por 100.

6. Anomalías en la presentación y posición fetal:

*a*) Presentación de nalgas, 8 casos = 6 por 100.

*b*) Presentación transversal, 3 casos = 2,22 por 100.

*c*) Presentación de frente, 1 caso = 0,74 por 100.

7. Hidramnios, 2 casos = 1,48 por 100.

B. *Estrecheces pélvicas*, 22 casos = 16,3 por 100.

Estas cifras nos enseñan, lo mismo que las de la clínica de Basel, que existe un tanto por ciento elevado en el que la muerte del feto tuvo lugar en el momento del parto. Ellas nos indican al mismo tiempo de qué modo podemos, quizá por medio de otras intervenciones tocológicas, hacer disminuir esta elevada cifra.

Entre los factores etiológicos que determinaron la muerte del niño *intra-partum*, entresacamos:

1. Partos lentos y, como consecuencia, la asfixia del feto, 40 casos = 29,9 por 100; por lo que podemos deducir del estudio de las historias clínicas á que se refiere esta estadística que la lentitud

del parto fué debida no á estrecheces pélvicas, sino á resistencias de las partes blandas y á falsas rotaciones y posiciones de la cabeza fetal.

2. Placentas previas, 23 casos = 17 por 100.

3. Prolapsos del cordón y anudamientos del mismo, 18 casos = 13,3 por 100.

4. Estrecheces pélvicas, 22 casos = 16,3 por 100.

Frente á éstos existen los casos de muerte del feto *intra-partum*, debida á presentaciones anormales y monstruosidades del niño y á enfermedades de la madre; pero estos casos representan el mínimum; solamente la eclampsia, con 9 casos de mortalidad fetal, representa un factor de importancia.

Por tanto, si queremos dar un valor á la vida del feto mayor del que hasta ahora se le ha concedido, debemos hacer un estudio detenido de aquellas operaciones tocológicas que llenan indicaciones en los factores de mortalidad anteriormente citados, y ver si podemos, sin grandes peligros para la vida de la madre, intervenir mejor.

Las siguientes conclusiones que yo me permito presentar á discusión son producto de mi trabajo con el pequeño material de Jena y Friburgo, razón ésta por la que no me hallo en condiciones de llegar á afirmaciones definitivas. Con objeto de que la discusión se concrete, deseo hacer observar desde el comienzo que me refiero solamente á nuestra conducta en las clínicas; la conducta del médico en la práctica privada la dejamos fuera de discusión, pues en estos casos se carece de los elementos puestos á su alcance en una clínica; en estas circunstancias el tocólogo podrá obrar según le aconsejen los recursos de que disponga (asistencia, luz, etc.).

Al estudiar las estadísticas de la mortalidad fetal, hemos podido observar que en los casos en que no hay desproporción entre los diámetros de la cabeza del niño y los de la pelvis de la madre, existe un tanto por ciento grande de niños que mueren porque el acto del parto se prolonga demasiado.

Esta observación se halla en conformidad con el principio enunciado ya por G. Veit, que dice: A mayor duración del parto, mayor mortalidad fetal. Debemos primeramente hacer notar si es que hemos de encontrar indicación para intervenir en la marcha de un parto normal cuando la vida del feto esté comprometida.

Si no queremos abrir una puerta para las arbitrariedades, es evidente que debemos permanecer firmes en este principio; pero quizá puede hacerse alguna concesión y manifestarnos más liberales que lo que hoy en general se es en cuanto á las aplicaciones típicas de forceps, siempre que se hagan en determinadas condiciones, en los casos en que se prolonga demasiado el período de expulsión.

Se conoce aproximadamente el término medio de duración del período expulsivo, tanto en las primíparas como en las multíparas; y cuando las contracciones uterinas son tan escasas que hacen que el último período se prolongue más de lo ordinario, aunque no observemos signos de inminente peligro de asfixia en el feto, se debe, en general, decidirse por prestarle ayuda con el forceps. Este proceder, que en las presentaciones típicas cefálicas se admite ya, debemos ampliarlo á los casos en que se trate de aplicaciones atípicas: presentación de cara, presentación occipital encajada, sin haber realizado el movimiento de rotación. También en esto creo que podemos hoy fácilmente ponernos de acuerdo.

Debemos también decidirnos á intervenir por razón del feto, no existiendo desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis de la madre, y siendo solamente las partes blandas, y en especial el cuello uterino, las que oponen resistencia. Para ello, sabemos ya que Dührssen preconizó hace tiempo esta conducta, á pesar de que no se habla en general de ella en los tratados de operaciones tocológicas. En ellos sólo se estima como indicación para intervenir en estos casos y proceder á la dilatación del canal genital, el que la madre esté en peligro, y por medio de la intervención se le procura un bien. Así, por ejemplo, es admitida la dilatación forzada del cuello, bien por medio de las incisiones ó del Bossi, en los casos de eclampsia, porque con ello se consigue un positivo beneficio para la madre; en cambio, se rechazan en absoluto, por regla general, las incisiones del cuello, y en especial cuando éste no se halla dilatado todavía en forma de embudo, por sólo indicación fetal.

Creo que semejante proceder hoy día no está en armonía con los nuevos adelantos. Las incisiones del cuello pueden practicarse hoy con tanta seguridad y tan pocos peligros para la madre, que no hay inconveniente en ensanchar su empleo para llenar indicaciones nacidas del feto. Es claro que no debemos ya practicar *pequeñas* incisiones alrededor y en la periferia del cuello y correr el peligro que éstas se agranden al practicar la extracción del feto; sino que debemos, siguiendo el consejo de Dührssen, practicar dos incisiones: una en la parte anterior y otra en la posterior del cuello, lo suficientemente grandes para que permitan la fácil y rápida extracción del feto. Los resultados de tales incisiones, en cuanto á modificaciones funcionales que pudieran ocasionar, no nos deben preocupar; practicando una sutura exacta de la herida, la cicatriz que queda no produce alteraciones para probables futuros partos y resistencia á la dilatación del cuello.

En la mayoria de los casos nos encontramos que se precisa la intervención por indicación fetal cuando el cuello se encuentra ya dilatado en forma de embudo; las incisiones se hacen entonces en

las partes más profundas del cuello, y presentan una gran tendencia á cicatrizar por primera intención.

He tenido ocasión de volver á ver á menudo mujeres á quienes se practicaron estas incisiones del cuello, y en la mayoría de los casos era la cicatriz apenas perceptible. Condición absolutamente necesaria es que tanto las incisiones como la sutura se practiquen con buena luz. Debe existir hoy en cada Maternidad una sala especial de operaciones, en donde puedan practicarse éstas con todos los rigores de la asepsia, en las mejores condiciones de luz y demás. Sólo entonces podremos estar en condiciones de llevar á cabo las intervenciones con tal seguridad, que podamos sólo por interés del feto y sin reparo alguno operar.

En los partos normales, excepcionalmente, como demuestra la práctica, nos vemos obligados á practicar incisiones del cuello por sólo indicación fetal. Más á menudo nos veremos obligados á ello cuando al mismo tiempo exista una complicación, unas veces por parte de la madre: por ejemplo, eclampsia; otras por parte de la placenta: por ejemplo, placenta previa; otras por parte del cordón: ejemplo, prolapso del mismo ó anudamientos; y finalmente, en determinadas anomalías en las presentaciones: por ejemplo, presentaciones transversales y de nalgas.

Como quiera que la eclampsia representa una temible complicación, no sólo para la vida de la madre, sino también para la del feto, resulta que la dilatación forzada del canal cervical lleva consigo, no tan sólo una disminución en la mortalidad materna, sino también en la fetal.

En los casos en que se sigue una terapéutica espectante en la eclampsia, se obtiene en general una mortalidad materna de un 25 por 100, y una fetal de cerca de un 50 por 100. Hasta qué punto podemos hacer disminuir la cifra de mortalidad materna con la operación cesárea vaginal, no es posible hoy asegurarlo, dado el escaso material de observaciones; pero seguramente se consigue con esta operación disminuir de un modo no insignificante la mortalidad fetal. Naturalmente que hemos de tener, aun con esta intervención, un tanto por ciento elevado de mortalidad fetal: de una parte, porque los ataques de eclampsia influyen tan rápidamente sobre la vida del producto, que muy á menudo llega el caso á manos del tocólogo después de la muerte del feto; y de otra, porque esta complicación se presenta á veces en una época del embarazo en la que el feto no reúne aún condiciones de vida.

Sabido es que en el Congreso de Kiel se formuló la cuestión de si, lo mismo que en los casos de eclampsia, no podría ser sustituída en los de *placenta previa* la clásica versión, siguiendo el método de Braxton Hicks, en los casos en que no existe una dilatación suficien-

te del cuello uterino, por la incisión del mismo, practicando á continuación la versión y extracción del feto.

En el tratamiento de la placenta previa por medio de la versión combinada de Braxton Hicks, la mortalidad fetal es extraordinariamente elevada. En 35 casos de placenta previa, en los cuales se practicó la versión por este método, en la clínica de Friburgo, murieron 18 niños = 51,42 por 100; de las madres murieron 7 = 20 por 100.

Lo mismo observamos al estudiar grandes estadísticas. Así, según la de E. W. King, en New Albany, murieron, de 240 casos en que se empleó la versión combinada, el 22,5 por 100 de las madres, y el 57,2 por 100 de los niños. Según una nueva estadística de Hofmeier, la mortalidad materna ha disminuído bastante. Él hace referencia á 1.168 casos de placenta previa, con una mortalidad materna de 6 por 100 y con un 14 por 100 de morbilidad puerperal. El pronóstico fetal resulta, con poca diferencia, invariable; así, L. Müller, en 2.365 casos de placenta previa, refiere 1.512 muertes del feto = 64,18 por 100. Strassmann refiere 231 casos, con una mortalidad fetal de 61,22 por 100; y Pohl 480, con una de 60 por 100. Aun estas cifras de mortalidad no representan, como Hofmeier hace observar con razón, la mortalidad exacta, por haber un gran número de niños que pierden la vida en los ocho primeros días, á consecuencia del traumatismo sufrido en el acto del parto. En general, se puede afirmar que, con el procedimiento de la versión combinada á lo Braxton Hicks, la mortalidad materna es cerca del 10 por 100, y la mortalidad fetal está representada por un 60 por 100.

Esta enorme mortalidad fetal influyó en algunos tocólogos para sustituir la versión por el balón en el tratamiento de la placenta previa. Schauta, Maeurer, Schatz, Kuestner, han recomendado este proceder. Zimmermann, de la clínica de Greifswal, nos da un resultado del empleo del balón, y aunque el número de observaciones es pequeño, se ve que la mortalidad materna es de un 6 por 100, y la fetal de un 37 por 100.

Sabemos ya que Bumm ha practicado la histerotomía en placenta previa, para conseguir la dilatación del cuello uterino. Nosotros, que la hemos llevado á cabo en análogos casos en la clínica de Friburgo, la consideramos como método de elección, tanto más cuanto que con la maniobra de Braxton Hicks, solamente se consigue, como vemos, hacer disminuir la mortalidad materna hasta cierto punto.

Las incisiones dan mejores resultados que el balón, con el cual nosotros hemos observado varias veces, y en particular en placentas previas centrales, hemorragias intensas en el momento de colocarlo, y aun mientras está colocado.

Se pueden temer, á primera vista, los peligros de la hemorragia al practicar las incisiones, tratándose, como en estos casos ocurre, de personas que ya han perdido mucha sangre; pero la experiencia nos ha demostrado que las pérdidas sanguíneas por este procedimiento son menores que las que se producen por el método de Braxton Hicks. De una parte, después de la versión ocurre muchas veces que cuando no se hacen tracciones continuadas sobre el pie, hay pérdidas de tiempo en tiempo; sucede, además, que estas pérdidas aumentan después de la extracción fetal, como consecuencia de que á menudo la desinserción de la placenta en este momento no es completa—se necesita, según Hofmeier, en cerca del 11 por 100 de los casos, proceder al desprendimiento manual;—y, por último, las pérdidas sanguíneas después de la expulsión placentaria, y que procede del punto de inserción uterina de la misma, no deja de ser importante, dado que el poder de coagulación de la sangre disminuye en enfermas que, como éstas, están desangradas.

Llevando á cabo la operación en la forma siguiente: colocada la mujer en la mesa de operaciones, y poniendo al descubierto el cuello uterino por medio de dos valvas Doyen, se practican dos incisiones lo suficientemente grandes en la cara anterior y posterior del cuello, extrayendo inmediatamente el feto por versión, y á continuación manualmente la placenta, terminando todo con el taponamiento del útero y las suturas de las incisiones; contamos con un medio con el cual la mortalidad fetal en casos de placenta previa seguramente disminuye, mientras que la mortalidad materna apenas aumenta, si es que no la hace menor.

Si admitimos como recomendables las incisiones del cuello uterino llenando indicaciones fetales en los casos de placenta previa y eclampsia, debemos también admitirlas para los casos en que complicaciones por parte del *cordón umbilical,* y en especial *prolapso* del mismo en el período de dilatación, pueden comprometer directamente la vida del producto. Nosotros, en estos casos, intentamos primeramente la reposición del cordón, y si resulta fallido este método varias veces, prescindimos generalmente de practicar de nuevo manipulaciones, é incindimos el cuello del útero igualmente que en el caso anterior, con objeto de lograr extraer el feto inmediatamente.

En los casos de presentación transversal, si no existe desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis de la madre, procuramos efectuar la versión por maniobras externas ó internas combinadas, ora la cefálica, ora la podálica, tirando en este caso del pie del feto lo suficiente, hasta que la dilatación del cuello sea casi completa.

Con esto hemos llegado á la segunda parte de nuestro estudio, esto es, á las medidas que podemos tomar en interés del feto en los casos en que *exista desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis*

*de la madre*. Vemos, por la estadística de la clínica de Friburgo, que la pérdida de fetos en el acto del parto en los casos de estrechez pélvica no es muy grande, comparándola con la mortalidad debida á resistencias de las partes blandas del canal genital. De todas maneras resulta que la mortalidad fetal en las estrecheces pélvicas importa lo suficiente para interesar al tocólogo. En general, se observa en estos últimos tiempos que se manifiesta clara la opinión de que no se debe ya en casos de estrechez pélvica intervenir practicando la perforación del niño vivo. Prescindiendo de que este principio enunciado en tan corta fórmula no puede sostenerse, creo yo que no está bastante precisado aún hasta dónde se puede defender la vida fetal en las estrecheces pélvicas. Cuando se refiere que tal tocólogo desde hace algunos años no ha practicado ninguna perforación del feto vivo en casos de estrechez pélvica; fácilmente forma concepto el lector de que la mortalidad fetal en la práctica de dicho tocólogo es menor comparándola con la de otros autores.

Pero esto no resulta exacto, sino que, por el contrario, aquellos que mantienen en toda su integridad el principio de «en estrecheces pélvicas no debe practicarse la perforación del feto vivo», pueden perder, en igualdad de grado de estrechez, más niños que aquellos otros que no mantienen un punto de vista tan radical. De un modo sencillo se demuestra esto lo suficiente. Así, aquellos que sostienen el criterio cerrado de que la perforación no debe jamás practicarse, pueden ó esperar la marcha del parto en las estrecheces pélvicas hasta que el niño sucumbe, «y entonces practicar la perforación del feto muerto», ó son partidarios de la versión profiláctica, y si el niño muere durante esta maniobra, perforan la cabeza del feto «ya muerto». De este modo, como se ve, no ha llevado á cabo la perforación del feto vivo; pero no obstante, la mortalidad fetal por estrecheces pélvicas es relativamente grande.

Yo creo que podemos precisar mejor la cuestión del modo siguiente: ¿Qué operaciones podemos practicar en la madre, para en lo posible conseguir muchos niños con vida en los casos de estrecheces pelvianas?

Para responder á ello, debemos distinguir dos grupos de parturientes:

1.° El grupo en el cual el tocólogo puede intervenir estando el *canal genital aséptico* y la *madre sana*.

2.° El grupo en el cual las operaciones tocológicas se hacen estando infectado el canal genital.

Esta diferenciación es de interés, porque nosotros, fundándonos en nuestros estudios bacteriológicos, no podemos menos que reconocer que no se existe un método de desinfección tal, que con seguridad pueda librar á la mujer de los gérmenes importados al canal

genital. La distinción de estos dos grupos interesa solamente á aquellos que, como nosotros, consideran al canal genital como un medio aséptico; para los que sostienen lo contrario, es decir, para los que piensan que es el punto de reunión de toda clase de bacterias sépticas y saprofíticas, estreptococos piógenos, puerperales, estafilococos piógenos dorados, bacterias coli, etc., no tiene tanta importancia, pues no representa mucho el que una mano infectada conduzca algunos más estreptococos virulentos.

Los que sustentamos la primera opinión, es decir, la de que el canal genital representa, en principio, un medio aséptico, debemos para este grupo de embarazadas formular la cuestión del modo siguiente: «¿Debemos solamente en interés del niño, en los casos de asepsia del canal genital, practicar aquellas operaciones tocológicas por medio de las que seguramente conseguiremos disminuir la mortalidad fetal en los casos de estrecheces pélvicas, es decir, las operaciones destinadas á proporcionar un aumento momentáneo de los diámetros pelvianos y la cesárea abdominal?»

La contestación se da hoy casi de un modo diferente en cada publicación. Para ponernos de acuerdo es necesario primeramente poner en claro la importancia del traumatismo que sufre la madre en estas operaciones.

Toda operación que persigue como finalidad el procurar un aumento momentáneo en los diámetros pelvianos (1) puede ser sustituída por la perforación del feto vivo.

¿Cuál es la mortalidad y morbilidad materna en las perforaciones fetales, y cuál la de la operación cesárea y la de las intervenciones que procuran el aumento de los diámetros pélvicos? Veit opinaba hace poco que teóricamente la operación cesárea y la sinfisiotomía no debían arrojar mortalidad alguna. Pero en la práctica no resulta comprobado esto: la estadística nos demuestra, por el contrario, que la mortalidad de ambas operaciones sigue siendo relativamente elevada. Sobre esto hago yo notar á Veit que hasta hoy ninguna comparación exacta se ha establecido en las estadísticas, y se observa de ordinario que se parangonan estadísticas de perforaciones y craneotomías puras con estadísticas en bloc sin deducciones de la operación cesárea y de la sinfisiotomía. Se encuentran casi siempre comparaciones entre las reducidas cifras de mortalidad materna en las craneotomías y las cifras de mortalidad de la sinfisiotomía y operación cesárea sin corregirlas; esto es, sin precisar si en los casos en que se han practicado estas intervenciones ha sido otra la causa, una enfermedad de la madre, la eclampsia por ejemplo, la que ha determinado la muerte de ésta, sin hacer notar si las opera-

(1) Lo mismo que la operación cesárea en su indicación relativa.

ciones cesáreas, y en particular las que llenaban indicaciones absolutas, se han llevado á cabo en malas condiciones, en mujeres ya infectadas, en rupturas completas ó incompletas del útero.

El término medio de la mortalidad materna en la perforación y craneoclasia es de 10 á 15 por 100. Con razón se puede afirmar que un buen número de muertes no son atribuíbles á la craneotomía en sí, sino á haberla practicado fuera de tiempo; restando estos casos resulta que en general el tanto por ciento desciende al 2 á 3 por 100.

En esta reducción de la mortalidad en las craneotomías, que, á mi modo de entender, se establece con perfecta razón, se debe tener presente que una parte de los casos de muerte, «sin deber haber ocurrido», está en cierto modo en relación con el procedimiento; sucede, por ejemplo, que precisamente en los casos de estrecheces pélvicas no muy acentuadas el médico encargado del parto, atendiendo á fundamentos fáciles de comprender, se resiste hasta lo último á practicar la craneotomía del feto vivo; pero puede ocurrir que en esta espera se produzca la rotura del útero, ó puede ocurrir también que con el mucho esperar se haga ascendente una infección que existía, agravando el pronóstico y comprometiendo entonces los resultados de la craneotomía, la infección de la cavidad del huevo. Si se hubiera en estos casos practicado, en lugar de la craneotomía, otra operación en tiempo oportuno, que pudiera haber salvado la vida del feto que estaba en peligro, por ejemplo, la cesárea ó la sinfisiotomía, quizá se hubiese evitado el desastroso final de la madre. No está, por esta razón, falta de interés la observación de que en muchas estadísticas precisamente la mortalidad de las craneotomías llevadas á cabo en los casos de estrecheces pélvicas moderadas es relativamente grande comparada con la que se podía esperar teniendo en cuenta solamente las dificultades técnicas de la intervención, que debían ser mayores cuanto mayor fuera la desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis de la madre.

En todo caso no debemos seguir, como hasta el presente, estableciendo comparaciones sencillas entre estadísticas de craneotomías y estadísticas de cesáreas y operaciones modificadoras de los diámetros pélvicos.

He aquí dos estadísticas sobre craneotomías y operaciones cesáreas llevadas á cabo en la clínica de Chrobak, recogidas por Lieremberger y que hacen referencia á 232 craneotomías con 18 casos de muerte de la madre, y 77 cesáreas con 11 casos.

Las causas que á juicio de Lieremberger produjeron la muerte en los casos de craneotomía son:

Cuatro casos explorados ya fuera de la clínica; fallecieron de sepsis.
En cuatro casos se practicaron fuera de la clínica operaciones destina-

das á poner en salvo la vida del producto; de ellos murieron tres en la clínica, de sepsis, y uno por rotura uterina.

En tres casos se practicaron las craneotomías en la clínica; murieron de hemorragias.

En seis casos las causas fueron enfermedades de la madre: cuatro eclampsias, un carcinoma y mioma mortificado.

Lieremberger deduce de esto que solamente un caso está en directa relación con la intervención, y como consecuencia, la mortalidad materna de la craneotomía en la clínica de Chrobak queda reducida al 0,5 por 100.

Si reunimos enfrente de ésta las causas de muerte en las operaciones cesáreas llevadas á cabo en la misma clínica, vemos que solamente 2 de los 11 casos desgraciados están en directa relación con la intervención.

Caso 1, muerte de eclampsia.

Casos 2, 3 y 4, resultas de roturas uterinas fuera de la clínica (las mujeres ingresaron en un estado desesperado).

Caso 5, carcinoma de la porción vaginal; además sufrió la mujer varios ataques de eclampsia antes de la intervención.

En los casos 6, 7 y 8 se practicaron maniobras fuera de la clínica, antes de la cesárea; de ellas, dos murieron de infección; una, de hemorragia.

Caso 9, intentos de operación fuera de la clínica (aplicación alta de forceps en la clínica).

Caso 10, se intentó una aplicación alta de forceps.

Caso 11, atonía uterina en el segundo día; relaparotomía; muerte por peritonitis.

Se puede, á lo sumo, de estos 11 casos, sólo los 2 últimos ponerlos en relación directa con la operación; y acaso sólo uno, pues del segundo faltan detalles necesarios para formar juicio en las historias clínicas de Lieremberger. Según lo expuesto, se puede hacer una reducción de casos y admitir que en 67 cesáreas sólo hubo un caso de muerte.

Pudiéramos ampliar con nuevas estadísticas las anteriores; pero sólo como ejemplo citaré la de Leipzig, que debemos agradecer á Bretschneider. Este autor entresaca una mortalidad materna en la craneotomía de 7 por 100, y reduciendo queda una de 0 por 100.

En el mismo espacio de tiempo se hicieron 42 cesáreas con un solo caso de muerte, y precisamente falta la historia clínica detallada del mismo; de modo que no podemos estudiar si en realidad este caso de muerte tenía ó no relación directa con la intervención.

Una cosa parecida ocurre con la sinfisiotomía. En la clínica de Pinard se practicaron en el espacio de tiempo de 1882-1899, 81 craneoclasias, con 9 casos de muerte de la madre=11,5 por 100. En la misma clínica practicó Pinard 86 sinfisiotomías, con 10 casos de muerte=11,6 por 100. Esta mortalidad tan grande de la sinfisioto-

mía se debe á que Pinard ha practicado la operación aun en mujeres que habían sido exploradas varias veces fuera de la clínica, ó en las que se había ya intervenido con el objeto de intentar salvar la vida del feto.

Yo creo que, según esto, debemos exponer la siguiente conclusión:

*Con buena técnica y buena asepsia, cuando la mujer se presenta á manos del tocólogo poseyendo aún un canal genital aséptico, el pronóstico de la sinfisiotomía y de la operación cesárea, en relación á la mortalidad materna, es apenas desfavorable comparada con el de la craneotomía.*

Para llegar á conclusiones definitivas no basta, como hasta ahora hemos hecho, establecer las cifras de mortalidad, sino que es preciso hacer lo propio con la *morbilidad*.

También desde este punto de vista se juzga de ordinario como más favorable á la craneotomía. En los casos de craneotomía reunidos por Lieremberger en la clínica de Chrobak, se describen las siguientes complicaciones que sufrieron las mujeres que vivieron, y que no dejan de tener influencia en la marcha de la convalecencia: una rotura completa del periné, 11 rasgaduras del cuello, 6 lesiones de importancia en los labios del cuello, 2 roturas completas del útero y una fístula vésico-vaginal.

El tiempo que permanecieron en la clínica fué en 16 casos más de tres semanas. Se debe aún hacer notar que son distintas las condiciones del puerperio en las sinfisiotomizadas y cesareadas que aquellas en que se intervino practicando la craneotomía del feto vivo.

La aptitud para dedicarse á sus trabajos habituales no la recupera la mujer á quien se ha dilatado la pelvis ó se ha practicado la operación cesárea, por término medio, hasta algunas semanas más tarde que aquellas á quienes se hizo la craneotomía.

No obstante, creo yo que en el estado actual de la técnica estamos autorizados en casos en que el canal genital se mantiene aséptico, y solamente obrando por interés del feto, sustituir la craneotomía en todos los casos, bien por la operación cesárea, bien por las operaciones que destruyen de un modo momentáneo la integridad de la pelvis ósea. Precisamente en Alemania garantiza la legislación social á la puérpera tan importantes socorros, que nosotros hasta en las clases más pobres del pueblo podemos practicar estas operaciones en lugar de la craneotomía; si son casadas ó solteras, ricas ó pobres, no lo debemos tener en cuenta al plantear las indicaciones.

No puedo menos precisamente, al llegar á este punto, de hacer notar ciertas inconsecuencias que existen en la manera de apreciar

estas cuestiones en obstetricia. Ciertos tocólogos protestan con toda energía contra la provocación artificial del aborto en los casos de tisis, aun en aquellos en que se nota de una manera clara y evidente que se acentúan las lesiones destructoras del pulmón con la marcha del embarazo, y pretenden que quede la mujer recluída largos meses durante el embarazo sometida á cuidados especiales en sanatorios ó clínicas, solamente con objeto de eludirlo.

En una de estas clínicas se observa, sin embargo, que se establecen indicaciones en casos de estrecheces pélvicas sin dar interés ni importancia á la vida del feto; así, copio de una de ellas el siguiente dato: «Dado que la mujer no quería permanecer más que diez días en la clínica, fué preciso, en lugar de la operación cesárea intentada, llevar á cabo la perforación del niño vivo». Es decir, que por un lado debe la madre, en favor de un hijo cuyas condiciones de vida son aún muy discutibles, permanecer en una clínica meses enteros sometida á tratamientos especiales, y se la deja que su embarazo comprometa gravemente su vida, mientras que de otro lado en favor de un feto en completo desarrollo no puede permanecer la mujer tres semanas más sometida á tratamiento en una clínica.

Al estudio comparativo que hemos hecho entre la sinfisiotomía y operación cesárea con la perforación debemos añadir que se ha intentado por muchos tocólogos intervenir en los casos de estrecheces pélvicas con operaciones que no representan un traumatismo para la madre de la importancia del de la sinfisiotomía y del de la operación cesárea; y que aunque no se llega con ellos á obtener los mismos buenos resultados para el feto, disminuyen sin embargo en algo el tanto por ciento de mortalidad fetal. Estas operaciones son la versión profiláctica y la provocación prematura del parto. De la aplicación alta del forceps en pelvis estrechadas no necesito hablar aquí, pues apenas si podemos considerarla como una intervención capaz de hacer algo positivo por la vida del feto.

Me llevaría demasiado lejos el establecer en estos momentos un estudio comparativo de estas dos operaciones, versión profiláctica y parto provocado prematuramente en los casos de estrecheces pélvicas. Creo, fundándome en las nuevas estadísticas, que no debo modificar mi opinión de que ambas operaciones no representan en realidad de verdad ninguna positiva medida para conseguir aminorar la mortalidad fetal en estos casos. Voy á referirme en pocas palabras al parto provocado prematuramente, y del que de nuevo se habla, dándole gran importancia en buen número de publicaciones.

Creo poder demostrar, en los casos en que nos describen de un modo exacto las medidas pélvicas, que á pesar de los adelantos en la técnica no podemos considerar el parto prematuro como una operación capaz de poner en salvo la vida del feto. Para pensar así cla-

ro es que no podemos estar de acuerdo con la idea de Dohrn, según la cual debemos considerar toda intervención tocológica como salvadora de la vida fetal.

Una mujer con un pequeño grado de estrechez pélvica ha dado á luz varias veces fetos muertos, y consigo yo por medio de la provocación prematura del parto el que pára un niño vivo; sería una conclusión equivocada el suponer yo en este caso que la vida la debía este último feto al método empleado, pues no me es posible afirmar si los fetos anteriores la perdieron en realidad por la pequeña estrechez pelviana existente. Cuán equivocada puede ser esta suposición lo vemos en muchos casos en que al tercer embarazo se procedió á la provocación prematura del parto en vista de que los dos primeros niños nacieron muertos; y sin embargo, esta misma mujer pare posteriormente de un modo espontáneo dos ó tres niños más de todo término y con vida. Solamente comparando estadísticas de clínicas, en las que para determinado grado de estrechez pélvica sistemáticamente se deciden por provocar el parto prematuro, con otras en las que también en estos mismos grados sistemáticamente se prescinde de ella, podremos reunir material demostrativo. Con este fin deseo hacer un paralelo entre dos grandes estadísticas.

Herff, Küstner y Baumm han reunido precioso material que nos permite hacer un estudio del asunto. Pfannenstiel publica, por medio de Kroemer, una buena estadística, pero que no podemos utilizarla por faltar datos exactos sobre el tamaño de las pelvis. Con la de Baumm ocurre que no expone siempre con detalle el peso del niño; de manera que tampoco nos puede ser muy útil; y quedan las únicas que son en todo completas, y que á continuación expongo, debidas á Herff y Küstner:

**Pelvis estrechadas en general y planas.**

MULTÍPARAS

| Conj. diag. 76 - 85 Herff. | Conj. diag. 86 - 95 Herff. | Conj. diag. 96 - 105 Herff. | Conj. diag. 106 - 115 Herff. |
|---|---|---|---|
| 0 | 7 casos; de ellos, 5 muertos, 2 vivos. | 75 casos; de ellos, 24 muertos, 51 vivos; de ellos, 19 vivos con menos de 2.500 g. | 12 casos; de ellos, 1 muerto, 11 vivos. |
| **Küstner. (Hannes.)** | **Küstner. (Hannes.)** | **Küstner. (Hannes.)** | **Küstner. (Hannes.)** |
| 0 | 5 casos; de ellos, 3 muertos, 2 vivos. | 43 casos; de ellos, 16 muertos, 27 vivos; de ellos, 11 vivos con menos de 2.500 g. | 6 casos; de ellos, 3 muertos. 3 vivos. |
| Suma: 0 | 12 casos; de ellos, 8 muertos = 66 % | 118 casos; de ellos, 40 muertos = 34 % | 18 casos; de ellos, 4 muertos = 22 % |

Los resultados para el niño en la clínica de Zweifel son:

**Pelvis estrechadas en general y planas.**

MULTÍPARAS

| Conj. diag. 76 - 85 | Conj. diag. 86 - 95 | Conj. diag. 96 - 105 | Conj. diag. 106 - 115 |
|---|---|---|---|
| 8 casos. 1 niño muerto = 12,5 % | 31 casos. 8 niños muertos = 25,8 % | 160 casos. 20 niños muertos = 12,5 % | 240 casos. 10 niños muertos = 4,1 % |

Juntamente se practicaron en beneficio del niño:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Sinfisis, 1. 0 niños muertos. Operaciones cesáreas, 6. 0 niños muertos. | Sinfisis, 6. 1 niño muerto. Operaciones cesáreas, 8. 1 niño muerto. | Sinfisis, 12. 1 niño muerto. Operaciones cesáreas, 8. 0 niños muertos. | Sinfisis, 1. 0 niños muertos. Operaciones cesáreas, 0. |

Cuando comparamos unas con otras estas cifras, se ve claro:

1.° Que no se pueden comparar los resultados que se obtienen para el feto por medio del parto provocado artificialmente, con los que obtenemos por medio de la sinfisiotomía y la operación cesárea.

2.° Que, por lo menos, no queda probado si la provocación prematura del parto puede considerarse como una operación que puede mejorar la mortalidad fetal en las estrecheces pelvianas.

El que la provocación prematura del parto no se lleva á cabo sin comprometer en algo la vida de la madre—en toda estadística resulta cerca de 1 á 2 por 100 de mortalidad materna—me autoriza á pensar que debemos prescindir de un modo definitivo de ella, para, por interés fetal, llevarla á cabo en los casos de estrecheces pélvicas.

Lo mismo que del parto prematuro, podemos decir de la versión profiláctica. Estamos hoy autorizados, en vista de los resultados que arrojan las estadísticas, á prescindir de ella en los casos de estrecheces pélvicas, por el final desastroso que trae para la vida del feto. Aunque estas operaciones representan cierta mejora para la madre comparándolas con el método espectante, sin embargo, dan las otras intervenciones resultados tan positivos para el feto y peligros tan pequeños para la madre, que hace que aquéllas debamos borrarlas de la terapéutica de las estrecheces pélvicas cuando queramos defender los derechos del niño.

Aunque damos gran importancia y empleo á las operaciones destinadas á proporcionar un aumento momentáneo en los diámetros pelvianos y á la cesárea en su indicación relativa, llevándolas á cabo en beneficio de los intereses del feto, hemos de hacer la observación de que lo hacemos así contando con que la madre viene á nosotros en condiciones que podamos asegurar la asepsia del canal genital. No podemos tasar los intereses del feto tan altos, que aun

en los casos de sepsis de la madre nos decidamos á no practicar la perforación del feto. La operación cesárea en casos de madre infectada, y según la técnica con que se lleva hoy á cabo, representa una intervención casi seguramente mortal para la madre. Nos queda, pues, ó prescindir de ella en estos casos, ó modificar su técnica de modo y manera que podamos evitar seguramente la infección de la cavidad peritoneal.

La cesárea, en casos de infección del líquido amniótico, se puede solamente pretender intentar:

1.° Cuando se trata de una primeriza próxima á la menopausia, en la cual casi se pueda asegurar que no quedará de nuevo embarazada, y exista por su parte un vehemente deseo de conseguir familia.

2.° En mujeres con carcinoma uterino inoperable, cuya muerte se puede de un modo seguro y en corto tiempo esperar.

En ambos casos se debe practicar, no la operación cesárea conservadora, sino la operación de Porro con tratamiento extraperitoneal del pedículo.

Como demuestra la estadística de Pinard, los resultados de la sinfisiotomía en mujeres cuyo líquido amniótico se encuentra infectado son muy desastrosos, y nosotros creemos que lo mismo ocurre con la hebotomía, aun cuando todavía no existen casos suficientes para formar juicio.

Vemos, por todo lo dicho, que hoy vamos mucho más allá en lo de intervenir sobre la madre para defender la vida del feto; sin embargo, el que hoy se pretenda prescindir en absoluto de las operaciones mutiladoras del feto, como muchos tocólogos piensan, no deja de ser más que un buen deseo, dado nuestra técnica actual. Pero desde luego podemos afirmar que no debemos ya decir: primero la madre, después el niño, sino no sólo la madre, sino también el niño.

Para terminar, séame permitido presentar algunas estadísticas para demostrar qué resultados podemos conseguir para la madre y el niño, ateniéndonos en nuestra conducta al anterior principio.

He aquí la estadística del año 1905, desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre:

Para hacer posible una comparación con las estadísticas anteriores, elimino todos los casos en que el feto nació putrefacto ó murió antes del ingreso de la embarazada en la clínica; además, prescindo de todos los partos prematuros espontáneos de niños que pesaban menos de 2.500 gramos.

En la clínica de Friburgo, en el año 1905, nacieron 440 niños con un peso mayor de 2.500 gramos. Murieron, de resultas del traumatismo que sufrieron en el acto del parto, 11.

De estos once niños murieron cuatro de resultas de placenta previa, y hago notar que en dos de estos casos se practicó la versión combinada de Braxton Hicks. La histeromía se empleó por primera vez en el curso de este año.

En otro caso se trataba de una embarazada con placenta previa y embarazo gemelar; se perforó la parte de placenta que se presentaba, y se colocó un balón. El primer gemelo murió de hemorragia después de colocado el balón; el segundo estaba ya muerto antes de la expulsión del primero.

Un niño murió por prolapso del cordón. Se practicó la versión y extracción estando el cuello por completo dilatado. El niño nació asfíctico y no fué posible volverlo á la vida.

Un niño murió en el período de dilatación, estando el cuello dilatado del tamaño de medio duro por causa desconocida, que se manifestó en el feto por rápida alteración de los latidos cardíacos y expulsión del meconio. Se hicieron los preparativos para la histerotomía. Poco antes de intervenir se percibían aún los latidos cardíacos. Se extrajo rápida y fácilmente al niño después de la histerotomía en estado de asfixia, que no fué posible vencer.

En dos casos fué la larga duración del período expulsivo la causa de la muerte. En uno de ellos se extrajo el feto con el forceps estando la cabeza en el estrecho inferior, y en el otro el parto terminó espontáneamente; en éste se debió, quizá, la muerte del feto á falta de observación de los latidos cardíacos.

En dos casos de moderado grado de estrechez pélvica, fuertes contracciones dieron lugar á la expulsión de los fetos. Los dos niños nacieron en estado de asfixia grave, y murieron un día después á consecuencia de la compresión del cerebro. La autopsia demostró la existencia de derrames sanguíneos subdurales.

Finalmente, un niño, muerto por colapso de la madre, producido por anestesia lumbar.

Aunque la mortalidad fetal, como vemos, ha disminuído, sin embargo, el estudio de las causas que produjeron los casos de muerte nos enseña que quizá se pueda hacerla descender aún más; así, podemos afirmar que en dos de los casos se hubiera podido *seguramente* salvarles la vida, si se hubiera observado con atención las modificaciones de los ruidos cardíacos fetales; *probablemente* se pudiera haber salvado también la vida de los fetos que la perdieron á consecuencia de la larga duración del parto, en los dos casos de estrecheces pélvicas no muy acentuadas. Ellos nos enseñan que, por interés materno, se prescindió de practicar una operación sobre la pelvis ósea. Hasta qué punto pudiéramos haber conseguido defender la vida del feto en los cuatro casos de placenta previa practicando, en vez de la maniobra de Braxton Hicks y el empleo del balón, otras intervenciones, por ejemplo, la histerotomía, es cosa que el tiempo nos enseñará.

En las intervenciones que se hicieron atendiendo al feto se murió una madre, como consecuencia de una cesárea. Se intervino en este caso de modo contrario al que hemos considerado como esencial para nuestra norma de conducta. La mujer ingresó en la clínica con infección del líquido amniótico y fiebre, presentando una estrechez pélvica muy acentuada. No se hizo la operación de Porro, como anteriormente hemos aconsejado para estos casos, por haber pretendido ensayar la incisión del útero y dejar su sutura extraperitoneal. La operación se llevó á cabo del modo siguiente:

Incisión que comenzó dos traveses de dedo por encima del ombligo y se extendió hasta el ancho de la mano por debajo del mismo; á continuación se suturó la serosa que recubre el útero á la serosa de la pared abdominal, en toda la extensión de la incisión de la pared practicada. Después que por este procedimiento quedó cerrada la cavidad peritoneal, se abrió el útero y se extrajo el feto.

Se suturaron las paredes del útero, se colocó drenaje en la herida y se cerró la fascia y piel, dejando de hacerlo exclusivamente en el punto en donde quedó colocado el drenaje. La mujer murió cinco días después por peritonitis.

La autopsia demostró que las adherencias del útero á la pared del abdomen se habían desgarrado por completo, y que la infección del endometrio produjo la peritonitis mortal.

Porque se pudieran hacer reproches á esta nueva dirección que toma la obstetricia, y se pudiera pensar el que se ha ido demasiado lejos en las cosas, deseo hacer constar aún que en 440 partos se llevaron á cabo las siguientes operaciones.

Operaciones en partos en que los fetos tenían un peso superior á 2.500 gramos, practicadas desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 1905, en la clínica de Friburgo:

OPERACIONES

| | |
|---|---|
| Versión interna combinada en placentas previas.... | 3 |
| » cefálica por maniobras externas en presentaciones transversales..... | 2 |
| » sobre la extremidad podálica y extracción.. | 8 |
| Extracción sola..... | 4 |
| Versión cefálica interna y forceps..... | 2 |
| Cesárea abdominal..... | 5 |
| » vaginal ó histerotomía..... | 6 |
| Hebotomía, dejando el parto terminar de un modo espontáneo..... | 5 |
| » y aplicación del forceps en el estrecho inferior..... | 1 |
| Forceps..... | 51 |

Estas cifras no representan una mayor frecuencia en las intervenciones, comparándolas con las de otras clínicas. Precisamente de la conducta que se siga en los casos de estrecheces pélvicas dependen muchos, pues cuando, en vista de lo inseguro de los resultados que dan la versión profiláctica y la provocación artificial del parto, si en estos casos se prescinde de ella y se sigue un método puramente espectante, es cuando, como es natural, disminuye la frecuencia en las intervenciones en una clínica.

Como prueba, anoto aquí la estadística presentada por Baisch en el Congreso de Kiel, que nos demuestra cómo en las clínicas, por ejemplo, de Leipzig y Tubinga, en donde no se practican ni la versión profiláctica ni la provocación prematura del parto en los casos de pelvis estrechas, disminuye la frecuencia de operaciones, y, sobre todo, aparece, junto á una pequeña mortalidad fetal, también una pequeña mortalidad materna.

| | TERAPÉUTICA | Partos espontáneos. | Frecuencia de las intervenciones. | Forceps alto. | Versión profiláctica. | Provocación prematura del parto. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ACTIV. | Viena, Braun-Herzfel | 36,7 | 63,2 | 10,5 | 6,0 | 12,1 |
| | Viena, Chrobak-Ludwig | 54,5 | 45,5 | 4,5 | 2,5 | 3,8 |
| | Bonn, Fritsch-Reifferscheid | 63,2 | 36,7 | 2,5 | 5,5 | 6,8 |
| | Leipzig, Zweifel-Krönig | 78,4 | 21,6 | 2,1 | 2,5 | 0,5 |
| | Tubinga, Döderlein | 80,0 | 20,6 | 1,0 | 0,6 | 0,6 |
| FREOUENTE EMPLEO DE | *Forceps alto.*—Budapest, Tauffer-Töth | 53,5 | 46,4 | 15,0 | 2,0 | 0 |
| | *Versión profiláctica.* — Königsberg, Winter-Magnus | 88,6 | 11,4 | 0,9 | 10,0 | 0 |
| | *Provocación prematura del parto.* — Berlín, Wolff | 33,7 | 66,2 | 5,6 | 11,7 | 0 |
| | — Tubinga, Säxinger | 81,4 | 18,5 | 0,1 | 0 | 10,0 |

Un grado de pelvis plana y estrechas en conjunto.

En el empleo de métodos con objeto de mejorar la alta mortalidad fetal en el acto del parto, comprometiendo lo menos posible la salud y vida de la madre, ha conseguido la moderna obstetricia resultados por demás positivos.

| Suma de operaciones preventivas. | Perforaciones del feto vivo. | Sinfisiotomía. Hebotomía. | Operación cesárea. | Suma de grandes intervenciones. | MORTALIDAD FETAL En conjunto. | I II | II | II multíparas. | MORTALIDAD MATERNA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28,6 | 1,5 | 0 | 1,3 | 1,3 | 24,3 | — | 36,6 | — | 2,5 |
| 10,8 | 4,2 | 0,4 | 0,6 | 1,0 | 18,2 | 17,4 | 31,0 | 36,5 | 2,6 |
| 14,8 | 2,5 | 0,4 | 5,5 | 5,9 | 13,2 | 11,2 | 14,0 | — | 1,3 |
| 5,1 | 2,4 | 4,8 | 3,7 | 8,5 | 9,9 | 9,1 | 14,6 | 13,1 | 0,1 |
| 2,2 | 0,6 | 2,1 | 4,0 | 6,1 | 6,5 | 5,2 | 8,5 | 7,1 | 0,1 |
| 17,3 | — | 0,8 | 8,7 | 9,5 | 22,8 | 22,8 | 24,4 | — | 2,6 |
| 10,9 | 2,5 | 0 | 0 | 0 | 14,0 | — | — | 11,3 | 0,9 Las aplicaciones de forceps típicas las hemos considerado como partos espontáneos (solamente presentaciones cefálicas). |
| 17,3 | 10,0 | 0 | 0 | 0 | 25,5 | — | — | — | 1,8 Material de la policlínica (solamente presentaciones cefálicas). |
| 10,1 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 11,0 | 9,4 | 17,2 | 14,1 | 0,5 |

Diag. I, 11,5-10,6; II, 10,5-9,6; III, 9,5-8,5.

## EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN Y SU TRATAMIENTO

Por el Dr. Agustín del Cañizo
Catedrático de Patología médica de Salamanca (1).

Tres han sido las principales razones para decidirme á tratar del edema agudo pulmonar: es la razón primera el haber tenido ocasión de observar y necesidad de intervenir durante mi práctica en algunos accidentes de esta índole, porque para mí es más grato referirme á lo que he aprendido de manera directa; en segundo lugar, porque el edema agudo del pulmón entraña en lo referente á su tratamiento una cuestión de evidente utilidad práctica; y últimamente, porque la patogenia del edema pulmonar agudo, si no completamente dilucidada aún, es, sin embargo, de una gran curiosidad científica, y está en conexión estrecha con estudios y descubrimientos que en la actualidad son objeto de particular atención.

(1) Conferencia dada en la Academia Médica Salmantina, que el autor ha tenido la bondad de remitirnos para su publicación en la Revista.

Presencié el primer caso de edema pulmonar agudo cuando prestaba mis servicios de interno en el Hospital de San Carlos. Fuí avisado con mucha urgencia una noche, durante la guardia, para asistir á un enfermo que en la clínica de patología general repentinamente se había puesto gravísimo. Acudí en el acto, llegando á presenciar un espantoso cuadro que jamás podrá borrarse de mi memoria.

Era el enfermo hombre joven, de aspecto robusto, con amplio tórax y gran musculatura; hallábase incorporado en el lecho, con la vista extraviada, la cara horriblemente cianótica, las manos crispadas sobre el pecho en actitud trágica, y tratando desesperadamente de realizar movimientos forzados de inspiración; intento inútil, pues bien claramente se veía que aquel desgraciado se asfixiaba por momentos.

Aprecié igualmente que presentaba edema generalizado, que por su boca fluía una serosidad espumosa y sonrosada, y, aplicando rápidamente el oído sobre el pecho, pude comprobar que un hervidero de estertores finos invadía ambos pulmones en toda su extensión. Una rápida ojeada al libretín de la clínica me indicó la enfermedad que padecía: «nefritis crónica»; con estos datos hice mi diagnóstico, y, decidido á emplear el tratamiento que mis maestros me enseñaran para el edema pulmonar agudo, me dispuse á practicar la sangría.

En todo cuanto acabo de referir, así como en los preparativos indispensables, transcurrieron escasamente siete ú ocho minutos; sin embargo, cuando practiqué la flebotomía, la vena no dió sangre: el infeliz había fallecido.

Poco tiempo después tuve ocasión de presenciar un caso semejante en la clínica de mi eminente y querido maestro el Dr. Alonso Sañudo. El enfermo, de más edad que el anterior, diagnosticado de nefritis intersticial, fué atacado súbitamente, mientras pasábamos visita, de síntomas análogos á los ya referidos. Se hizo el diagnóstico de edema agudo pulmonar, é inmediatamente, ante la inminencia de la asfixia, se practicó una sangría abundante que, afortunadamente, esta vez llegó á tiempo y nos permitió contemplar una verdadera resurrección, pues á medida que el chorro fluía de la vena, la cianosis desaparecía, la respiración se normalizaba y el destello de la vida volvía á iluminar aquella mirada, donde todos vimos poco antes el velo de la muerte.

Cuatro veces más, y por casos semejantes, he tenido ocasión de sangrar y he sangrado á enfermos de edema pulmonar agudo; tres de ellos eran nefríticos crónicos, cuyas historias no refiero por ser iguales en esencia á las indicadas y á las muy numerosas que figuran en todos los tratados de Patología y Clínica médica. El cuarto

caso, para el que fuí llamado en consulta por mi ilustrado compañero y querido amigo el Dr. D. Isidro Covisa, era un señor de edad más que mediana, obeso y rubicundo, con arterio-esclerosis generalizada y todo el aspecto de los sujetos á quienes ordinariamente se denomina pletóricos.

Padecía desde algunos días antes una neumonía aguda, localizada en el pulmón izquierdo; pero el hecho que claramente motivaba la consulta era el haber sido atacado bruscamente de extrema disnea, con estertores diseminados por todo el pecho y expectoración rosada y espumosa; el pulso, fuerte é hipertensivo hasta entonces, flaqueaba y se hacía irregular. Conforme con mi compañero en que se trataba de un edema pulmonar agudo, sobrevenido en el curso de la pulmonía, sangramos inmediatamente al enfermo, lo que produjo una mejoría rápida de los fenómenos asfíxicos. Pero aunque el accidente agudo mejoró, como hemos dicho, con el tratamiento empleado, la enfermedad primitiva continuó su curso, y de ella falleció el enfermo tres ó cuatro días después.

***

Clínicamente es el edema pulmonar un episodio agudo con los caracteres indicados: comienzo brusco, disnea intensa, expectoración espumosa blanquecina ó rosada, asfixia rápida y muerte inminente. Las formas que de él se admiten sólo varían en lo referente á su rapidez. La forma sobreaguda ocasiona la muerte en muy breve tiempo, como en el enfermo de nuestra observación primera; la forma aguda, más lenta que la precedente, evoluciona en algunas horas y hasta puede durar uno ó dos días; á éstas se añade la denominada forma broncoplégica, por ir acompañada de parálisis bronquial.

Anatómicamente el edema agudo esta caracterizado por la brusca exudación de una serosidad albuminosa que, filtrando rápidamente á través de las paredes vasculares, invade los alvéolos y el tejido intersticial que los rodea, los bronquios y consecutivamente las vías superiores, poniendo rápidamente en peligro la vida del sujeto.

La etiología y patogenia de tan singular accidente merecen particular atención, y han de ser el objeto principal de este trabajo.

Una forma especial de edema pulmonar agudo es la que aparece consecutivamente á la toracentesis y fué descrita por Pinault en 1853.

Aparte de esta forma, que después analizaremos, todos los autores convienen en que dos categorías principales de enfermos están particularmente expuestos al edema agudo del pulmón: los aórticos y los nefríticos; los primeros son los más aptos, en opinión de Hu-

chard, mientras que Dieulafoy concede mayor importancia á los segundos, consignando en sus libros de clínica numerosos casos en que la autopsia demostró lesiones de nefritis intersticial.

Análogas conclusiones se deducen de los casos referidos por Brouardel en un interesantísimo libro sobre la «Muerte súbita». Casi todos los autores modernos piensan de igual modo, considerando al edema pulmonar agudo como una de las manifestaciones bruscas de la uremia.

Esto no quiere, sin embargo, decir que en los aórticos no pueda presentarse también este accidente, y así lo demuestran las observaciones del citado Huchard, de Bouveret y de otros muchos.

Pero debe considerarse, porque es de gran interés para la patogenia, que los enfermos aórticos y nefríticos crónicos ofrecen condiciones muy semejantes: es común en ambos la hipertrofia del corazón izquierdo, la arterio-esclerosis generalizada, el aumento de la presión vascular (dato muy importante), además de que los aórticos, por ser generalmente enfermos vasculares, presentan muy á menudo lesiones de nefritis intersticial, no siendo en ellos rara la aparición de síntomas urémicos.

El edema agudo de pulmón puede presentarse igualmente en reumáticos crónicos, en gotosos, litiásicos y, en una palabra, en todo aquel grupo de enfermos que hoy se conocen con el nombre de distróficos y que, por motivo de su distrofia, suelen padecer de arterio-esclerosis con hipertensión vascular, hipertrofia de corazón izquierdo y cirrosis renal en muchas ocasiones. A este grupo de enfermos es al que los antiguos, con buen sentido clínico, denominaban pletóricos, predispuestos á toda clase de congestiones y apoplejías.

Como causas determinantes, se deben mencionar la acción del frío intenso y prolongado, y más cuando se añade el estado de embriaguez del sujeto; las alteraciones locales del aparato respiratorio (pneumonías, catarros, etc.), la respiración de gases ó vapores irritantes, etc., etc.

Ciertas intoxicaciones pueden también determinar el edema pulmonar agudo, y así lo hacen el iodoformo y la pilocarpina. Grossman, inyectando en las venas sulfato de muscarina, ha logrado realizar experimentalmente el edema agudo de pulmón. ¿Por qué mecanismo patogénico se produce este terrible accidente? Conviene advertir que todavía no está dilucidado por completo; que no existe verdadero acuerdo entre los autores, y que, en la actualidad, hay que guiarse tan sólo por hipótesis, siendo éstas tan numerosas y distintas, que la orientación es difícil. Trataré de exponer el juicio que me merece tan delicado asunto con la mayor sencillez posible, y para ello empezaré por analizar lo que es el edema y las circunstancias que concurren en su producción.

En el estado normal, las células de nuestro organismo se encuentran bañadas por la linfa, de la que toman los productos necesarios para su nutrición, y á la que arrojan los resultantes de su metabolismo; esta laguna linfática es producida por la exudación del plasma sanguíneo, que atraviesa y se filtra por las paredes capilares. En estado normal, el equilibrio se mantiene por la proporcionalidad que existe entre el líquido que llega á los tejidos y el que de éstos sale por los vasos eferentes. La desproporción entre el plasma exudado á la laguna linfática y el que de ella sale origina el aumento en cantidad de la linfa, que más ó menos modificada en su composición, como luego veremos, constituye el edema; por eso el edema lo han definido algunos autores diciendo que es la desproporción entre el aflujo y el desagüe de la linfa, en un territorio determinado. ¿Qué causas son capaces de producir tal desproporción? Para hacer su estudio con método, las clasificaré en tres grupos: físicas, químicas y vitales; advirtiendo, desde luego, que esta clasificación, completamente arbitraria, no tiene más objeto que facilitar el estudio.

*Causas físicas.*—Siendo la linfa, como hemos dicho, producto de filtración á través de los capilares, claro es que todas las circunstancias que aumenten la presión en el interior del filtro aumentarán asimismo la exudación, por lo que fácilmente se comprende que cualquier circunstancia que dificulte la circulación venosa dará origen á la citada desproporción entre el aflujo y el reflujo de la linfa; en tales circunstancias, se acumula en los espacios linfáticos de los territorios interesados una gran cantidad de líquido, en el que la albúmina y los glóbulos blancos son más escasos y los eritrocitos más abundantes que en la linfa normal.

No he de insistir en el análisis de estas causas productoras de edema, por ser perfectamente conocidas; son la condición primordial de los edemas pasivos de los cardíacos asistólicos, aunque no se debe olvidar que á ella se suman las alteraciones de la pared vascular y las modificaciones de la crasis sanguínea, como luego veremos.

*Causas físico-químicas.*—Existe un grupo muy considerable de edemas, cuya producción no puede explicarse por las condiciones antes referidas. Para simplificar, tomaremos como ejemplo los edemas generalizados de las nefritis parenquimatosas. En esta clase de enfermos es donde los edemas se presentan con mayor intensidad, llegando muchas veces á la anasarca, sin que los trastornos meramente mecánicos de la circulación puedan invocarse para la explicación de su patogenia.

Desde muy antiguo había fijado este fenómeno la atención de los autores, que dieron de él explicaciones muy diferentes. Ya Bright,

en 1827, suponía que las pérdidas de la albúmina por la orina ocasionaban alteraciones del plasma sanguíneo, permitiendo una trasudación más fácil del suero. Los estudios de Cohnheim y Lichteim demostraron que la hidropesía no está siempre en proporción directa con la albuminuria, y, por lo tanto, que la teoría de la hidremia no bastaba por sí sola para la explicación de los edemas.

Bartels, y con él otros muchos autores, hicieron intervenir á la plétora hidrémica, alteración cuantitativa y cualitativa á la vez del plasma sanguíneo; ya veremos al exponer las teorías modernas cómo éstas traducen en cierto modo la antigua doctrina de la plétora hidrémica.

Cohnheim puso de relieve otro factor importantísimo: la alteración de las paredes vasculares, la que se constituye siempre que se halla modificada la composición del plasma de un modo intenso y persistente.

Los estudios modernos han venido á demostrar que existen otros factores de índole físico-química, que hay necesidad de tener siempre en cuenta: la presión osmótica, isotonia, plasmolisis, etc.

Voy á exponer lo más fundamental de estos fenómenos.

Si en una probeta se coloca una disolución de azúcar y después, con cuidado, se deposita sobre ella otra cantidad de agua destilada, al principio se observa la completa separación de estos dos líquidos, pero poco á poco esta separación se va desvaneciendo hasta el punto de formarse un líquido igualmente azucarado en todos los puntos de su masa: este es un fenómeno de *difusión*. Igual ocurrirá si se colocan dos disoluciones, una de azúcar y otra de cloruro de sodio, por ejemplo; supongamos ahora que estos líquidos, en lugar de estar en inmediato contacto, se encuentran separados por una superficie porosa (trozos de vejiga, bizcocho de porcelana): el resultado final es el mismo, porque ocurre un fenómeno de *diósmosis*, con dos corrientes, *endosmótica* y *exosmótica*; todo esto prepara el conocimiento de la osmosis en el sentido estricto que hoy se define. Tranbe primero y Pfeffer después, han descubierto que á través de determinadas superficies porosas pasa de ciertas disoluciones sólo el disolvente, pero no las sustancias disueltas, llamando á las superficies que así funcionan *semipermeables*; por esta condición especial, el fenómeno bilateral de la diósmosis se reduce al de la *osmosis* propiamente dicha. Ahora bien: está demostrado que cuando las disoluciones contenidas en el interior y el exterior de un recipiente semipermeable son equimoleculares, es decir, que tienen en igual volumen el mismo número de moléculas, estas disoluciones son *isotónicas*, esto es, no se verifican cambios osmóticos que hagan variar el nivel de los líquidos; pero si una sustancia tiene disuelta, en igual volúmen de líquido, más moléculas que la otra, se dice que es

*hipertónica*, mientras que á la de menor número se denomina *hipotónica*.

En estas condiciones se establece á través de la membrana semipermeable una corriente líquida que desde la disolución hipotónica ó menos concentrada va á la más concentrada ó hipertónica, y por la cantidad que de este líquido pasa, medida por las variaciones manométricas, se determina la *presión osmótica*.

*Plasmolisis.*—De los estudios efectuados por Hugo de Vries, con objeto de conocer la acción de las disoluciones sobre ciertas células vegetales, se ha inferido que son semipermeables, de lo que resultaría que el protoplasma recibe unas veces el agua de la disolución que le rodea, hinchándose hasta producir á veces la ruptura de la membrana, mientras que en condiciones opuestas el agua escapará al exterior, reduciéndose el volumen del contenido protoplásmico.

Por las investigaciones crioscópicas de Winter se ha venido en conocimiento de que los plasmas orgánicos tienen todos una concentración molecular muy próxima á la del suero sanguíneo, lo cual sostiene el *equilibrio osmótico* en nuestro organismo. Pero si por circunstancias patológicas este equilibrio osmótico se perturba, si se establecen diferencias de concentración molecular entre los plasmas intravasculares y los intersticiales, el resultado será, según los datos anteriormente expuestos, la producción de una corriente líquida á través de las paredes vasculares. Es decir, que si suponemos que aumenta la concentración de la linfa con relación al suero sanguíneo, la parte acuosa de la sangre exudará á través de los vasos, se infiltrará por los tejidos y constituirá el edema.

En los nefríticos perenquimatosos se suman las condiciones más favorables para que todos estos cambios se verifiquen: de una parte la hidremia, invocada desde muy antiguo, hace, por la excesiva retención de agua en la sangre, que ésta sea hipotónica con relación á los plasmas extravasculares.

Por otra parte, las alteraciones de la permeabilidad renal ocasionan secundariamente la retención en los tejidos orgánicos de ciertas sustancias, y los colocan en estado de hipertonia. Los estudios é investigaciones de Widal y Lemierre, Hallion y Carrión, Achard, Lœper, León Bernard, etc., etc., han abierto modernamente nuevos y amplios horizontes para la explicación de tan importante asunto.

Widal y Lemierre han demostrado que en ciertas formas de nefritis y durante algunos períodos de su evolución, cuando predominen las lesiones epiteliales, el riñón puede ser atacado de insuficiencia parcial, principalmente sobre la eliminación de los cloruros, los que acumulándose poco á poco en los tejidos, aumentan el índice de concentración de sus humores, y llamando el agua del organismo provocan el edema.

Lemierre ha provocado á voluntad el edema en las nefritis por la ingestión de cantidades de cloruro de sodio. Courmont ha publicado también observaciones en que el edema aumentaba por la influencia de la cloruración. Straus ha comprobado que en ciertos brighticos las infiltraciones desaparecen bajo la influencia de la poliuria y la policloruria, etc., etc.

Sería prolijo aportar todos los datos referentes á esta importante teoría, así como las consecuencias que de ellos se deducen en lo referente al régimen de decloruración para el tratamiento de los edemas.

La consecuencia á deducir para el asunto que nos ocupa es la gran influencia que la perturbada eliminación renal ejerce sobre la concentración molecular y el equilibrio osmótico de nuestros humores.

Estas alteraciones de la composición humoral, favorecidas en sus efectos por la hipertensión arterial y las alteraciones de las paredes vasculares, fenómenos comunes á las nefritis un tanto avanzadas, son los factores que nos permiten entrever la explicación en la génesis de los edemas, cuando todavía no se ha dicho la última palabra sobre tan importante asunto.

*Causas vitales.*—Hasta aquí hemos visto obrar solamente factores mecánicos y físico-químicos; pero es indudable que en nuestro organismo intervienen también causas más complejas, y no se puede negar que el sistema nervioso tiene igualmente una importancia de primer orden.

Hay un experimento clásico de Ranvier que demuestra toda la importancia de los nervios vasomotores. Si se liga la vena femoral de un perro, no se produce edema ó aparece en muy escasa cantidad; pero si después de ligada la vena se secciona el nervio ciático, se produce un edema muy intenso.

Potain ha citado casos en que la contusión de un riñón ha producido edema limitado á una sola mitad del cuerpo: la del lado contundido. Los edemas localizados y más ó menos fugaces que suelen presentarse en las histéricas tienen positivamente un origen nervioso; y lo mismo hay que pensar de los que acompañan á ciertas afecciones nerviosas: la mielitis transversa, por ejemplo.

Un número muy considerable de autores, entre ellos Bouchard, Gley, Charrin, Roger y Josué, opinan que la toxinas bacterianas, ó quizá los mismos venenos orgánicos, pueden actuar como agentes vaso-dilatadores, produciendo un efecto análogo á lo que es la sección del ciático en el experimento de Ranvier.

Los tres grupos de causas que acabamos de analizar no suelen obrar por separado, sino que generalmente se suman y combinan para producir sus efectos.

Con estos datos veremos si es posible la interpretación patogénica del edema pulmonar agudo.

Prescindiendo del consecutivo á la toracentesis, cuyo mecanismo productor es fácil de presumir, analizaremos las otras formas que nos ofrecen una patogenia mucho más compleja.

Por una parte, deben intervenir los trastornos mecánicos de la hipertensión arterial propia de los aórticos y nefríticos crónicos; de otro lado, las variaciones de la presión y el equilibrio osmóticos en las condiciones ya indicadas; y por último, influencias nerviosas todavía desconocidas en su esencia.

La hipertensión arterial debe obrar por las dificultades que opone al funcionalismo del ventrículo izquierdo, que es bomba de desagüe respecto de la circulación pulmonar. Sobre todo, las elevaciones bruscas de la presión arterial por vaso-constricción periférica colocan al ventrículo izquierdo (y más si éste se encuentra ya alterado) en estado de insuficiencia relativa, con lo que se producirá congestión pletórica en los vasos pulmonares, sobre todo si el ventrículo derecho sigue funcionando con energía. Esta ruptura del equilibrio entre la fuerza de los dos ventrículos ha sido invocada por Fräntzel, y es siempre muy digna de tenerse en cuenta. De esta manera se explica el edema agudo pulmonar producido por la muscarina (Grossmann), sustancia que origina la contracción espasmódica del ventrículo izquierdo.

También se comprende el que Romberg, ligando la aorta en sus proximidades al ventrículo, produjese el edema agudo del pulmón, y que Vierordt viese sobrevenir este accidente á consecuencia de una insuficiencia aórtica rápidamente producida.

Las dificultades de la circulación pulmonar producidas por el agobio del ventrículo izquierdo, efecto de la hipertensión, son el origen de muchas disneas que se mejoran con la medicación vaso-dilatadora (trinitrina, nitrito de amilo, etc.), pero no son suficientes por sí mismas para la producción del edema agudo, y para este efecto necesitan el concurso de las otras causas mencionadas.

De ello dan clara prueba los notables experimentos de Teissier. Este autor no lograba producir el edema pulmonar en los perros por la ligadura de la aorta torácica; pero si consecutivamente inyectaba en la sangre salicilato de metilo ó excitaba el pneumogástrico, el edema pulmonar se producía.

Tales datos de experimentación tienen sus equivalencias en la clínica, representadas por la hipertensión con insuficiencia funcional del corazón izquierdo, las variaciones del equilibrio osmótico, ya mencionadas, y las excitaciones del pneumogástrico producidas por las distintas afecciones respiratorias (catarros, focos pneumónicos, etc.).

En consonancia con esta patogenia, ¿pueden explicarse los efectos beneficiosos de la sangría en el edema agudo del pulmón? No solamente se explican, sino que este hecho viene á ser la contraprueba de la teoría que hemos sustentado. La sangría, abriendo las compuertas de la circulación mayor, descarga rápidamente al ventrículo izquierdo, permitiendo el mejor ejercicio de sus funciones, con lo que se desencharca la circulación pulmonar, al mismo tiempo que por la extracción de sustancias tóxicas retenidas permitirá el más fácil restablecimiento del equilibrio osmótico.

***

Voy á terminar este modesto trabajo permitiéndome dar un consejo á los médicos que empiezan á ejercer la profesión.

Ya saben todos que la sangría en tiempo de Brousais fué erigida en sistema para el tratamiento de casi todas las enfermedades. Fué aquella la época memorable en que se practicaba sangría tras sangría, combinando muchas veces su acción con la de purgantes enérgicos y repetidos, lo que sin querer hace recordar la frase del ingenioso Peter de que «morir no es tan fácil como parece».

Saben también que la exageración de aquella época trajo como consecuencia una exageración en sentido opuesto, y por aquello de que la reacción es igual y contraria á la acción, ha habido un tiempo no lejano en nuestra medicina en que no se ha querido sangrar á nadie, aun en aquellos casos en que la plétora era evidente, y, por decirlo así, en que la sangre rebosaba hasta por los poros de la piel.

Mi consejo es el siguiente: huir siempre de las exageraciones; por desgracia para nosotros, la exageración y la moda son vicios harto frecuentes en la ciencia médica; no ser nunca esclavos de ningún sistema, y colocar por cima de todo la luz de la razón, fuente la más segura de indicaciones, de la que dependerá, en la mayoría de los casos, la salvación de nuestros enfermos.

Salamanca, Febrero 1907.

---

# ACROMEGALIA Y DEMENCIA PRECOZ

Por el Dr. E. Fernández Sanz

Médico numerario del Hospital de la Princesa, por oposición; Médico numerario de la Beneficencia Municipal, por oposición; Médico-Director habilitado de Aguas minerales, por oposición.

El diagnóstico de las variedades frustradas ó incompletas y de las formas híbridas ó asociadas de las enfermedades es uno de los problemas más difíciles de la práctica médica, y, como es lógico, las dificultades aumentan cuando ambos tipos, el frustrado y el híbri-

do, se combinan, resultando un cuadro clínico en el que aparecen mezclados retazos sintomáticos de dos afecciones distintas.

El caso que voy á relatar merece citarse como ejemplo de esa complicación sindrómica; en él se aprecian síntomas de enfermedades que pertenecen á los grupos nosotáxicos de patogenia más oscura y de concepto más impreciso, á las afecciones de la nutrición general de las glándulas de secreción interna y á las psicosis.

Por esta razón mi diagnóstico no ha sido elaborado rápidamente, sino que ha necesitado el transcurso del tiempo, el empleo de los métodos de laboratorio, el estudio de la evolución y los tanteos terapéuticos para llegar á una fórmula que creo aceptable, aunque quizá no sea definitiva; el diagnóstico que me parece más satisfactorio, el más ajustado á la realidad, en mi opinión, es el de *demencia precoz con estigmas acromegálicos*; pero sólo le defiendo como el más probable, sin considerarle como en absoluto evidente.

La *epicrítica* de este caso podría versar sobre múltiples puntos, interesantes todos ellos y dignos de amplio desarrollo; mas para no aumentar considerablemente la extensión de este trabajo, me limitaré á hacer algunas concisas consideraciones sobre los temas siguientes: valor y significación de los síntomas mentales de la acromegalia; concepto moderno de la patogenia de esta enfermedad; relaciones de la demencia precoz con la acromegalia, y posibilidad de explicarlas por un mecanismo patogénico idéntico ó análogo.

Previamente expondré la historia clínica con todo el detenimiento que su complejidad sintomática requiere.

Trátase de una mujer de treinta y dos años, soltera, pero no virgen, costurera, de Valladolid.

Su madre murió en plena edad adulta, de una psicosis aguda con agitación furiosa, que no duró más que un mes; es hija única.

Ha disfrutado siempre de buena salud. Ha sido de desarrollo exuberante y precoz; apareció la menstruación á los catorce años, continuando normalmente hasta que comenzó la enfermedad actual. No ha estado nunca embarazada ni ha sufrido infecciones venéreas.

La enfermedad presente empezó aparentemente en Noviembre de 1905, sin causa á que atribuirla; las primeras manifestaciones consistieron en escasez é irregularidad de la menstruación, sacudidas musculares en la cara, contracciones sostenidas intermitentes de los labios y lengua, sacudidas bruscas también en las extremidades, flojedad muscular y cansancio cada vez mayores y ptialismo. Cambió de carácter, haciéndose perezosa, atónica, con aversión al trabajo y al movimiento. Posteriormente fué experimentando sensación de frío, de hormigueo y de adormecimiento en las extremidades; obtusión intelectual, comprensión torpe, disminución de la atención, amnesia, sobre todo de fijación, olvidándosele leer y escri-

bir; la palabra se hizo confusa y balbuciente. El sueño era intranquilo, entrecortado. La enfermedad fué progresivamente avanzando, y sin haber estado sometida á más tratamiento que al ioduro potásico y á aplicaciones de electricidad estática, se presentó en la consulta de enfermedades nerviosas del Hospital de la Princesa el 27 de Noviembre de 1906.

*Status praesens.*—Es una mujer muy corpulenta, obesa y alta (peso, 101 kilogramos; talla, 1,66 metros). Cráneo pequeño, con frente oblicua y estrecha; parte inferior de la cara relativamente muy desarrollada; maxilar inferior muy voluminoso, ancho, alto y saliente, formando sus dos mitades un ángulo muy obtuso. Facciones abultadas, de tipo masculino; pómulos muy pronunciados, nariz larga y acaballada, con lóbulo grueso. Miembros voluminosos, de forma imperfecta, con segmentos cilíndricos. Manos muy grandes, largas y anchas, siendo el aumento de tamaño sobre todo notable en los dedos. Cifosis cérvico-dorsal.

La cara tiene una expresión de bobería pueril, mezcla de necedad y de jovialidad inmotivada, riéndose con una risa breve, seca, como automática, por cualquier motivo, sobre todo cuando se le dirige la palabra. Actitud tranquila, sumisa y obediente, aunque tarda mucho en comprender, y por lo tanto en efectuar lo que se le manda.

Apetito escaso, digestión normal, estreñimiento. Pulso pequeño, blando y frecuente (112 pulsaciones por minuto). Temperatura normal. Orina, 1.400 c. c. en veinticuatro horas; densidad, 1.031. Urea, 32,36 gramos por un litro; sin albúmina ni glucosa. La menstruación falta muchos meses, y cuando se presenta es escasa y de muy mal color.

Existe astenia general, con inercia muy difícil de vencer y repugnancia al movimiento. Parece conservar la fuerza muscular de los miembros, aunque es muy difícil, por su déficit mental, hacerla comprender los movimientos que se desea que ejecute; hace los movimientos ordenados bruscamente, pero no los sostiene. Sensación de cansancio fácil. Inestabilidad y sacudidas irregulares de la lengua cuando se la hace sacar de la boca.

Reflejos: exaltados los rotulianos y de Aquiles, con clonus bilateral incipiente del pie; el reflejo plantar está normal en ambos lados.

Sensibilidad: se queja de frío constante en las manos y en los pies. Dolor de cabeza (no continuo) sordo, profundo, de localización frontal; la percusión craneal no reveló nada de particular.

La visión fué muy difícil de explorar, por el estado mental de la enferma; la agudeza visual parecía normal; las pupilas estaban midriásicas y desiguales, siendo mayor la izquierda, en la cual había

rigidez total á la luz, á la acomodación y al dolor; en la derecha persistían, aunque muy debilitadas, las reacciones á la luz y á la acomodación, y estaba abolido el reflejo sensitivo.

El estado mental está caracterizado por un déficit psíquico masivo y considerable. No parece que haya alucinaciones ni ilusiones, ni ideas delirantes. Atención muy debilitada, imposible de fijar. Asociación de ideas muy lenta y muy escasa, casi nula. Memoria extraordinariamente disminuída, sobre todo para los hechos recientes (amnesia de fijación). Apatía, actos de una incongruencia infantil, gracias estúpidas, bromas y bufonerías necias. Risueña siempre con una sonrisa boba. Habla muy poco, balbuceando algo al pronunciar las primeras sílabas. Repite maquinalmente las palabras que se le dirigen (ecolalia). Incoherencia en el contenido del lenguaje. Obedece pasivamente. Al acostarse acostumbra á hacer algunos actos extravagantes, como saltar sobre la cama, intentar dar volteretas, etc. El sueño nocturno es escaso y agitado; durante el día, somnolencia casi constante.

No me fué posible explorar el campo visual, porque la enferma se distraía á cada momento, no siendo tampoco más afortunado el distinguido oftalmólogo Dr. Márquez. Normalidad del fondo del ojo.

El examen radioscópico reveló lo siguiente: espesamiento muy irregular de los huesos craneales, más pronunciado en el occipital, con eminencia post-lamboídea bien marcada; no observé ampliación del seno frontal, ni alcancé á ver detalles de la silla turca, siéndome, por tanto, imposible apreciar si estaba ó no ampliada.

Aunque intenté radiografiar la cabeza de la enferma, no lo conseguí, pues no se pudo lograr que permaneciera inmóvil el tiempo necesario para impresionar la placa.

Se la prescribió la tiroidina de Bourrhougs, empezando por dos tabletas diarias, subiendo luego á tres.

*Evolución.*—Mejoró notablemente durante el primer mes de tratamiento, siendo el sueño más tranquilo, y apreciándose en ella un relativo despejo mental; tuvo también una menstruación más abundante que las anteriores. A primeros de Enero se suspendió el tratamiento tiroídeo, y empezó á tomar un gramo diario de ioduro potásico. A mediados del mismo mes se advirtió un ligero rotroceso, y como se tropezara con dificultades para obtener la hipofisina que le había prescrito, dispuse que volviera á tomar nuevamente la tiroidina.

Desde esa fecha, y sin experimentar cambio alguno apreciable en los síntomas físicos, fué el estado mental debilitándose rápida y progresivamente, encontrándose en la actualidad (fines de Febrero de 1907) en un estado de profunda demencia, con evacuación involuntaria de heces y orina, desorientación completa, amnesia, len-

guaje incoherente, tendencias agresivas á veces, y algunos accesos de ligera excitación motora.

Tiene esta enferma de acromegalia los síntomas siguientes: el aumento de volumen de las manos, del maxilar inferior y de la nariz, el espesamiento irregular de los huesos craneales, la cifosis cérvico-dorsal, la cefalalgia, la amenorrea y las parestesias; algunos otros síntomas, como la hemianopsia bitemporal y la ampliación de la silla turca, no han podido ser explorados por el estado de perturbación psíquica de la paciente. Faltan, para completar el cuadro de la acromegalia típica, la hipertrofia de los pies y de la lengua, la dilatación del seno frontal y la glucosuria. Sin embargo, con los existentes me parece que basta para hacer el diagnóstico de acromegalia; la distinción con las afecciones análogas es fácil: como los huesos participan en el aumento de volumen de las partes interesadas, habrá que descartar el mixedema; por otra parte, la topografía y la forma de las hipertrofias obliga á desechar la enfermedad ósea de Paget y la osteopatía hipertrófica pnéumica, así como el hecho de ser adquiridas las separa de las anomalías congénitas de conformación.

La enferma, en mi sentir, padece, además de la acromegalia, una psicosis. En el cuadro clínico de la acromegalia pura no se presentan los síntomas psíquicos con la intensidad que se han observado en esta enferma; es propio de aquélla un cierto grado de torpeza mental, de inercia, de lentitud en la asociación de ideas; pero un estado demencial tan profundo y tan rápido como el de esta enferma, revela la existencia de una psicopatía asociada á la acromegalia, y esa psicopatía me parece que debe calificarse de demencia precoz, en su forma simple, sin las alucinaciones de la hebefrenia, ni los síntomas motores de la catatonia, ni las ideas delirantes de la demencia paranoide; es el déficit mental liso y llano, parecido al que se observa en algunas formas exclusivamente demenciales de la parálisis general; es la demencia pura y simple sobrevenida en una mujer joven y de un modo rápido, doblemente precoz, por consiguiente.

Un estado demencial primitivo no precedido de ninguna otra perturbación mental y sobrevenido en una mujer joven que no padece de ningún trastorno orgánico, excepto los estigmas acromegálicos descritos, creo que debe diagnosticarse de demencia precoz. El diagnóstico diferencial sólo ofrece interés con relación á la parálisis general y á los tumores cerebrales; de la primera no presenta esta enferma síntoma físico alguno, salvo la ligera tremulación de la lengua al comenzar á hablar, y las diferencias, en cambio, son considerables, sobre todo en lo que al estado mental se refiere; los paralíticos generales ejecutan actos disparatados, pero con un reposo, con cierta solemnidad, muy distintos de la travesura, de la

*espièglerie* bufonesca, propia de la demencia precoz, de que hace gala esta enferma. Los síntomas pupilares no son los peculiares de la parálisis general, pues falta el característico signo de Argyll-Robertson y la atrofia del iris, habiendo, en cambio, oftalmoplegia interna total en el ojo izquierdo. La paciente no se prestó á que se hiciera la punción lumbar, faltando, por tanto, este importante dato diagnóstico.

La hipótesis de tumor cerebral explicaría algunos de los síntomas somáticos, como por ejemplo, la oftalmoplegia interna unilateral (tumor peduncular), pero no el estado mental ni menos el cuadro clínico en su conjunto, á menos que se admita un tumor de la hipófisis, en cuyo caso el diagnóstico es virtualmente el mismo de acromegalia. En lo que á los síntomas psíquicos se refiere, debo recordar que se ha supuesto que los tumores del lóbulo frontal dan lugar á un estado mental particular denominado *moria* y caracterizado por el déficit psíquico con euforia y puerilidad, es decir, un conjunto análogo al presentado por mi enferma (35) *. Pero debo advertir que esta opinión tiene en su contra numerosas observaciones que demuestran que el estado mental más frecuentemente observado en los tumores del lóbulo frontal es el de depresión con disminución de la memoria (6, 25); los trastornos mentales son, sobre todo, expresión de las lesiones que interesan de un modo extenso y difuso á la corteza cerebral, de suerte que los fenómenos psicopáticos de las neoplasias cerebrales no deben considerarse como síntomas de foco, sino de alteraciones generales producidas, probablemente, por un mecanismo tóxico. La enferma se queja de cefalalgia frontal, y este detalle parece confirmar el diagnóstico de tumor del lóbulo cerebral anterior; pero sabido es que esos dolores espontáneos tienen muy escasa significación para el diagnóstico topográfico: mayor importancia tiene el dolor circunscrito provocado por la percusión craneal, pero en el caso presente falta este signo de localización.

Por consiguiente, en materia de tumores cerebrales, el único diagnóstico verosímil en el presente caso es el de tumor hipofisario, con estado demencial de origen autotóxico, y ya veremos al discutir la patogenia que este diagnóstico viene á ser en el fondo el mismo que el de acromegalia y demencia precoz; éstas son denominaciones clínicas, y aquéllas anatomo-patológicas y patogénicas.

Entrando ahora en la epicrítica del caso, y siguiendo el programa trazado al comienzo del artículo, he de considerar en primer término el valor y significación de los síntomas psíquicos de la acromegalia. En general, se admite que son poco pronunciados y

---

* Véase la *Bibliografía* al final del artículo.

que consisten en ligeros fenómenos de déficit, parecidos á los del mixedema, pero menos intensos. Una astenia que interesa lo mismo á lo motor que á lo intelectual, una cierta debilitación de la memoria, algo de relajación de la voluntad, alguna inestabilidad del tono afectivo, cierta versatilidad del carácter, á lo sumo algunos episodios de excitabilidad psíquica transitoria: he aquí lo único que en los casos comunes revela la participación de la esfera mental en los trastornos acromegálicos.

Desde hace varios años se conocen casos de acromegalia con síntomas psíquicos muy acentuados y salientes, pero se han considerado como formas híbridas constituídas por la asociación de dicha enfermedad con diversas psicosis y neurosis (21). Habiéndose señalado la frecuencia de los estigmas de degeneración en los acromegálicos, se ha buscado en este hecho la explicación de la frecuencia de esas asociaciones morbosas, suponiendo que son debidas á la identidad del terreno orgánico en que unas y otras afecciones se desarrollan; pero sin negar á la predisposición el innegable valor que en la etiología de todo linaje de neuropatías posee, no deben relegarse al olvido las causas determinantes, que también son verosímilmente las mismas para las citadas enfermedades. Por consiguiente, la no rara coincidencia de la acromegalia con las neuropatías y psicopatías debe considerarse como la consecuencia de sus analogías etiológicas.

Otras veces, las afecciones neuropáticas y psicopáticas asociadas pueden ser debidas directamente al mismo proceso acromegálico, debiendo estimarse como una exageración ó una aberración de los síntomas nerviosos y mentales de éste, explicables á veces por alguna particularidad anatómica: por ejemplo, en un caso de Cagnetto (12), á la vez que un tumor de la hipófisis, se encontraron metástasis en la medula.

En apoyo de esta opinión puede establecerse una transición gradualmente progresiva, que desde los discretos trastornos psíquicos peculiares de la forma típica de la acromegalia conduzca hasta las psicopatías más bien caracterizadas; la depresión estaba considerablemente acentuada en un caso de Tuke (55); en un caso de Witte (60) había numerosos é importantes trastornos psíquicos, ilusiones auditivas y visuales, angustia é ideas delirantes de persecución; en un caso de Wallenberg (58) había retraso intelectual muy manifiesto; en el caso de Grabe (24) coexistían la acromegalia y la locura maníaca depresiva; ésta databa de 1879, habiendo sufrido 12 accesos, y aquélla de 1895.

Es muy interesante la observación de Köster (36), pues se refiere á un enfermo que presentaba múltiples síntomas nerviosos y mentales, terminando por estupor, pero sin la hipertrofia de las ex-

tremidades característica de la acromegalia, y en el cual la autopsia reveló la existencia de un tumor de la hipófisis.

Cestan y Halberstad (16) describen dos formas de acromegalia: en la una predominan los síntomas mentales (torpeza psíquica, somnolencia y amnesia), y en la otra los somáticos (estigmas acromegálicos propiamente dichos y gigantismo); la primera se presenta en la edad adulta y la segunda en la infancia y juventud.

Como ejemplos de neuropatías asociadas á la acromegalia pueden citarse: la epilepsia en el caso de Grinker (29), la mioclonia-epilepsia en el de Graves (26), la distrofia muscular progresiva en el de Huismans (33), la hidromielia en el de Schulz (50) y los trastornos vaso-motores en el de Hunter (34).

No sólo con afecciones del sistema nervioso se combina la acromegalia, sino que también lo hace frecuentemente con las enfermedades generales de la nutrición y con las de las glándulas de secreción interna: en prueba de ello mencionaré: la asociación con la diabetes sacarina en las observaciones de Magnus Gadd (39), Stadelmann (53) y Grenet y Tanon (28), y á este propósito debo recordar que desde las investigaciones de Hanseman (30) se sabe que la glucosuria es frecuente en los acromegálicos: coexistencia con diabetes peutosúrica en el caso de Gavalas (23) y con la diabetes insipida en el de Rosenhaupt (48); con lesiones de las glándulas suprarrenales en el de Gauckler y Roussy (22) y en el de Claude (17); con el mixedema en los de Greene (27) y de Pel (45); con la enfermedad de Basedow en el de Cattle (14). Pero las relaciones más interesantes y más discutidas son las de la acromegalia con el gigantismo; de este punto, sobre el que insistiré más adelante, se ocupan, entre otros trabajos recientes, los de Launois y Roy (37), de Brissaud y Meige (10) y de Sternberg (54).

Por último, á título de curiosidad señalaré la coexistencia de la acromegalia y de la tuberculosis pulmonar, observada en un caso de Batty Shaw (4).

La explicación de estos hibridismos morbosos debe buscarse en la patogenia de la acromegalia, asunto muy estudiado modernamente y aún no dilucidado por completo. Desde los primeros trabajos de P. Marie (40) se ha establecido una relación entre la acromegalia y las alteraciones de la hipófisis; pero si bien del conjunto de los trabajos publicados hasta la fecha se deduce la consecuencia de que hay, por regla general, cierta conexión entre dicha enfermedad y las lesiones de aquella glándula de secreción interna, también es innegable que esa conexión no es tan evidente, ni tan constante, ni tan íntima como la que existe entre el mixedema y las alteraciones destructivas del cuerpo tiroides. Widal, Roy y Froin (59) citan hasta 15 casos de acromegalia sin lesiones de la hipófisis; pero la mayo-

ría de ellos no son convincentes, pues ó el diagnóstico era dudoso, ó el examen anatomo-patológico se limitó á lo macroscópico, y sabido es que la hipófisis puede presentar alteraciones puramente histológicas. También Lewis (38) alude á casos de acromegalia sin lesión de la hipófisis. Mucho más terminantes son los casos de lesiones hipofisarias sin acromegalia, como lo prueban las observaciones de Köster (36), Cestan y Halberstadt (16) y Babinski (1); de suerte que puede decirse que, según todas las probabilidades, la lesión hipofisaria es condición necesaria, pero no suficiente para la producción de acromegalia.

Las opiniones están muy divididas respecto de cuál sea la perturbación de la glándula, suponiendo unos que se trata de hiperfunción, y otros, á la inversa, de hipofunción: entre los primeros se cuentan Ballet y Laignel-Lavastine (2) y Benda (7); entre los segundos, Marie y Marinesco (41), Mitchell Stevens (43), Bleitbreu (8) y Huismans (32), el cual admite que el tratamiento hipofisario es sólo eficaz cuando no hay más que lesiones de la hipófisis, pero no cuando consecutivamente se han producido trastornos vasculares; Castiglioni (13) y Seymour Taylor (51) han publicado también casos de mejoría por la opoterapia hipofisaria, pero Sternberg (54) no cree que este tratamiento sea útil; hablan asimismo en contra de la teoría de la hipofunción los experimentos de Horsley, citados por Batty Shaw (3): aquél extirpó la hipófisis en animales sin lograr que se produjeran síntomas acromegálicos; el mismo experimento, con análogos resultados, han repetido Vassale y Sacchi (57). Finalmente, Cerletti (15) en un trabajo reciente, ha demostrado que la ingestión de extracto hipofisario retarda el crecimiento en los animales, argumento favorable á la hipótesis de la hipofunción.

Como en varias observaciones, algunas de ellas ya citadas anteriormente, se mencionan alteraciones, no sólo de la hipófisis, sino también del tiroides, del timo y de las glándulas suprarrenales, se ha supuesto por Mendel, citado por Batty Shaw (3), que la acromegalia es debida á una alteración del total aparato de la secreción interna. Apoyan esta opinión los casos de mejoría por la opoterapia tiroídea, entre ellos el de Snell (52) y, en cierto modo, el mío, aquí historiado.

Otros autores, como Cagnetto (11), Vassale (56), Mendl (42), Arnold y Strümpell (estos dos últimos citados por Batty Shaw, loc. cit.) suponen que la causa de la acromegalia es un trastorno primitivo de la nutrición de naturaleza desconocida, produciéndose consecutivamente las lesiones de las glándulas de secreción interna.

La patogenia de la acromegalia continúa, pues, siendo muy oscura, no obstante lo preciso del conocimiento histológico de la hipófisis y de sus lesiones. Este cuerpo consta, como es sabido, de dos

porciones distintas: un lóbulo anterior ú orohipófisis, de textura glandular análoga á la del tiroides y cápsulas suprarrenales, pues está constituído por células poliédricas dispuestas en cordones macizos y en tubos, y un lóbulo posterior ó neurohipófisis compuesto en los animales superiores casi exclusivamente de tejido fibro-vascular, en el que hay engastadas algunas células multipolares. Scaffidi (49) distingue dos tipos de células en la hipófisis: unas con gránulos tingibles por el naranja G., y otras cuyas granulaciones se tiñen por la fuchsina ácida.

Pirone (47) admite que la hipófisis segrega una sustancia mucocoloide muy análoga á la engendrada en el tiroides, y supone que esas dos glándulas y la suprarrenal realizan una misma función antitóxica, pudiendo suplirse mutuamente. El extracto hipofisario, como el suprarrenal, produce una elevación de la presión arterial.

Aunque la porción anterior de la hipófisis es la de estructura más netamente glandular, sin embargo, de las investigaciones de Herring (31) y de Osborne (44) se desprende que, en la porción posterior ó infundibular, existen sustancias activas que elevan la presión arterial por excitación cardíaca y vaso-constricción.

Como dato etiológico curioso de algún valor en la interpretación patogénica de la acromegalia, debe señalarse su origen traumático, indicado en algunas observaciones, como la de Perry (46) y la de Bleitbreu (8).

En cuanto á patogenia de los síntomas en particular, es también muy poco lo que en concreto se sabe. Según se admita la hipofunción ó la hiperfunción de la hipófisis, se supone que ésta destruye una sustancia tóxica en el primer caso, ó produce una materia que activa el crecimiento de ciertas porciones del esqueleto en el segundo caso. Las investigaciones radiográficas de Eulenburg (20), Béclère (5), Emanuel (19) y Curschmann (8), entre otros, han enriquecido considerablemente el capítulo de diagnóstico de la acromegalia, pero en nada han contribuído á aclarar su patogenia.

Las relaciones de la acromegalia con el gigantismo no están tampoco completamente dilucidadas; mientras que Brissaud y Meige (9) suponen que la una y el otro son el mismo proceso determinado en edades diferentes (gigantismo antes de la soldadura de las epífisis y acromegalia después), P. Marie cree que son entidades diferentes, por más que la primera sea un factor del segundo.

En suma: el único concepto, siquiera sea muy vago, que puede aventurarse sobre patogenia de la acromegalia, es el de que se trata de una auto-intoxicación por probable trastorno de la función de secreción interna.

Así comprendida la génesis de la enfermedad, no debe sorprendernos su coexistencia con la demencia precoz en el caso que he re-

latado, pues sabido es que en la actualidad se considera á esta psicosis como un proceso do auto-intoxicación, y, por consiguiente, se comprende con facilidad que el trastorno nutritivo generador de la acromegalia puede haber producido sustancias venenosas que, obrando de un modo intensivo sobre la corteza cerebral, han determinado el estado de profunda demencia en que la enferma se encuentra.

Madrid, 3 de Marzo de 1907.

## BIBLIOGRAFÍA


(1) Babinski: *Rev. neur.*, núm. 2, 1900.
(2) Ballet y Laignel-Lavastine: *Nouv. Icon. de la Salp.*, núm. 2, 1905.
(3) Batty Shaw: *Organotherapy*. Londres, 1905.
(4) Batty Shaw: *The Lancet*, núm. 4.249, 1905.
(5) Béclère: *Pres. méd.*, núm. 98, 1903.
(6) Beevor: *The l ancet*, núms. 4.354-56, 1907.
(7) Benda: *Deut. med. Woch.*, 1901.
(8) Bleitbreu: *Münch. med. Woch.*, 1905.
(9) Brissaud y Meige: *Jour. de méd. et de chir. prat.*, 1895.
(10) Brissaud y Meige: *Nouv. Icon. de la Salp.*, núm. 3, 1904.
(11) Cagnetto: *Virch. Arch.*, H-1, 1904.
(12) Cagnetto: *Riv. sper. di Fren.*, vol. XXX, 1904.
(13) Castiglioni: *Gazz. med. ital.*, núm. 12, 1905.
(14) Cattle: *Brit. med. Jour.*, 1903.
(15) Cerletti: *R. c. della R. Acad. dei Lincei*, vol. XV, 1906.
(16) Cestan y Halberstadt: *Rev. neur.*, núm. 24, 1903.
(17) Claude: *C. r. de la Soc. de Biol. de Paris*, t. LIX, 1905.
(18) Curschmann: *Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahl.*, H-2, 1905.
(19) Emanuel: *The Lancet*, núm. 4.288, 1905.
(20) Eulenburg: *Deut. med. Woch.*, 1904.
(21) Farnarier: *Nouv. Icon. de la Salp.*, 1899.
(22) Gauckler y Roussy: *Arch. de neur.*, núm. 114, 1905.
(23) Gavalas: *Allgem. Wien. mediz. Zeit.*, núm. 39, 1904.
(24) Grabe: *Deut. med. Woch.* (Vereinsher), núm. 5, 1906.
(25) Grainger Stewart: *The Lancet*, núm. 4.340, 1906.
(26) Graves: *Monatschr. f. Psych.*, Bd. XVI, 1904.
(27) Greene: *New-York med. Jour.* Octubre 1905.
(28) Grenet y Tanon: *Rev. neur.*, núm. 2, 1907.
(29) Grinker: *Chicago med. Recorder*. Diciembre 1903.
(30) Hansemann: *Berl. klin. Woch.*, 1897.
(31) Herring: *Jour. of Physiol.*, 1902.
(32) Huismans. *Ther. d. Gegenw.* Agosto 1903.
(33) Huismans: *Münch. med. Woch.*, núm. 21, 1904.
(34) Hunter: *Brit. med. Jour.* Noviembre 1903.
(35) Jastrowitz: *Deut. med. Woch.*, 1888.
(36) Köster: *Hygiea*. Noviembre 1902.

(37) Launois y Roy: *Nouv. Icon. de la Salp.*, 1903.
(38) Lewis: *Bull. of the John Hopkins Hosp.*, vol. XVI., 1905.
(39) Magnus Gadd: *Finsk. läk. handl.*, 1902. (*Neur.-Cblt.*, número 22, 1903.)
(40) Marie (P.): *Rev. de Méd.*, 1886.
(41) Marie y Marinesco: *Arch. de méd. exp.* Julio 1891.
(42) Mendl: *Deut. med. Woch.* (Vereinsber), núm. 48, 1906.
(43) Mitchell Stevens: *Brit. med. Jour.* Abril 1903.
(44) Osborne: *Brit. med. Jour.*, 1903.
(45) Pel: *Berl. klin. Woch.* Octubre 1905.
(46) Perry: *Brit. med. Jour.*, 1905.
(47) Pirone: *Arch. di Fisiol.* Noviembre 1904.
(48) Rosenhaupt: *Berl. klin. Woch.*, núm. 39, 1903.
(49) Scaffidi: *Arch. f. mikr. Anat.*, Bd., 64, 1904.
(50) Schulz: *Inaug. Dissert.* Königsberg, Marzo 1905.
(51) Seymour Taylor: *The Lancet*, núm. 4.261, 1905.
(52) Snell: *Brit. med. Jour.* Julio 1903.
(53) Stadelmann: *Zeitschr. f. Klin. Med.*, 1904.
(54) Sternberg: *Sydenam Soc.*, 1899.
(55) Tuke: *The Lancet*, núm. 4.247, 1905.
(56) Vassale: *Riv. sper. di Fren.*, 1902.
(57) Vassale y Sacchi: *Riv. sper. di Fren.*, 1892, 1894.
(58) Wallenberg: *Deut. med. Woch.* (Vereinber.), núm. 12, 1906.
(59) Widal, Roy y Froin: *Rev. de Méd.* Abril 1906.
(60) Witte: *Deut. med. Woch.* (Vereinber.), núm. 8, 1906.

---

# HEMATURIA

Por el Dr. D. José M. Bartrina (1).

Antes de entrar en el estudio de las afecciones renales en particular, y al recorrer los grandes síntomas que se presentan en las enfermedades de las vías urinarias, debemos conceder á la hematuria un atento y detenido examen, toda vez que por su frecuencia, por su valor semiológico y por su gravedad, en ciertos casos, constituye un síntoma que, si no vincula casi toda la enfermedad, como en algunas ocasiones acontece, asume frecuentemente la más alta representación y juega el más importante papel en la polémica intelectual que decide el diagnóstico, y guía y activa nuestras determinaciones para un racional tratamiento.

La hematuria se define por sí misma, es decir, por la significación etimológica de la palabra. Llámase hematuria á la micción de sangre, siendo condición precisa que la sangre aparezca en el acto

(1) Este trabajo ha sido el motivo de una conferencia dada por el autor en la Facultad de Medicina de Barcelona.

de orinar, más ó menos íntimamente mezclada con la orina, sin que se presente en los intervalos de la micción.

La definición que acabamos de dar establece una diferenciación radical entre la hematuria y la uretrorragia. En la primera hay mezcla de sangre con la orina; en la segunda hay sólo mezcla momentánea y accidental en el acto de la micción.

Recordemos á este respecto la importancia de la división de la uretra en anterior y posterior.

La región membranosa ó esfínter uretral es la encargada de marcar las fronteras ó establecer la separación de las dos uretras: esta separación es anatómica y fisiológica. Toda hemorragia ó supuración cuyo foco radica por detrás del esfínter uretral se vierte en la orina y con ella se mezcla, revelándose solamente en el acto de la micción (hematuria, piuria). Por el contrario, toda supuración ó hemorragia cuyo asiento está en la uretra anterior se vierte directamente fuera, y por el meato aparece (uretrorrea, uretrorragia); no se mezcla con la orina, sino que es barrida por el primer chorro de ella en el acto de orinar. Haciendo orinar al enfermo en tres vasos, la orina del primero es turbia ó hemática, la del segundo clara, la del tercero puede ser algo coloreada, si cae en ella alguna gota de sangre al final de la micción.

Después de lo dicho sobre la uretrorragia, casi está de más advertir que no debe de confundirse la hematuria con la mezcla accidental de sangre, con la orina fuera del aparato urinario, como puede ocurrir en la mujer afecta de enfermedades genitales ó en el período de la menstruación.

La hematuria es un síntoma de tal relieve, que casi nunca escapa á la observación del que lo sufre, lo cual es una circunstancia favorable para que podamos estudiar el pasado de nuestros enfermos. Con frecuencia nos preguntarán éstos sobre la gravedad del fenómeno. Como es natural, procuraremos aplazar nuestra respuesta, y nunca, picados por el amor propio ó fiados en nuestra experiencia, trataremos de hacer un pronóstico, ni siquiera un diagnóstico demasiado pronto.

La hematuria por sí sola no establece ningún diagnóstico. Nos indica simplemente que un problema de alta trascendencia médico-quirúrgica se halla planteado. Nosotros, encargados de resolverlo, procederemos como en casos análogos, desdoblando la cuestión principal en otras cuestiones secundarias.

Estas son las siguientes:

1.ª ¿Existe sangre en la orina?

2.ª ¿De dónde procede esta sangre?

3.ª ¿Cuál es la enfermedad que ha motivado la hematuria?

Si en vez de considerar la hematuria como un síntoma, que es

como la consideramos, la tomásemos como una enfermedad con derecho á figurar en los cuadros nosológicos, las anteriores cuestiones responderían á la división clásica que se sigue en otros procesos patológicos, ó sea al estudio de la anatomía patológica, etiología y patogenia. Para seguir, pues, esta pauta y completarla con los dos consabidos capítulos sobre sintomatología y tratamiento, al final del trabajo diré alguna cosa respecto á los síntomas generales que en los hematúricos se presentan y cuáles son las principales bases del tratamiento de los mismos.

Por ahora he de concretarme á lo más esencial, y he de procurar resumir el estudio todo lo posible.

## I

### ¿EXISTE SANGRE EN LA ORINA?

Nada más fácil que contestar á esta pregunta en la mayoría de los casos. En algunos, no obstante, por ser exigua la cantidad de sangre (orinas histológicamente hemorrágicas), su presencia se acredita mal á simple vista. Tenemos, en efecto, dos ejemplares de orinas: las unas claras, las otras ligeramente turbias. Las dos proceden de un mismo individuo, de un calculoso del riñón: las primeras fueron emitidas después de un día de reposo en cama; las segundas, veinticuatro horas más tarde, después de un día de agitación y trabajo, después de haber ido intencionadamente en los ómnibus de la Catalana, en los coches automóviles de Gracia. Pues bien: este segundo ejemplar de orinas se presenta turbio, principalmente por contener cierta cantidad de pus; mas también contiene cierta proporción de sangre, aunque no lo parezca; pero tan pequeña, que sólo se descubre por el examen microscópico.

Es precisamente por el examen histológico de las orinas como acreditaremos la existencia de sangre en estos casos y en todos los demás que necesiten confirmación. El procedimiento es mucho más exacto, rápido y sencillo que todos los demás á que podemos recurrir (análisis química, examen espectroscópico). Para proceder á este examen histológico se recoge una gruesa gota del poso que forman las orinas en el fondo del vaso que las contiene, ó del que queda sobre el papel después de la filtración, ó mejor aún, del que se obtiene por centrifugación de la orina, y se coloca sobre un portaobjetos; luego, sin preparación de ningún género, se deja caer encima un cubre, el cual no debe apretarse ni tocarse siquiera; entonces se echa en cada uno de los cuatro lados del mismo una pequeña gota de glicerina, que penetra por capilaridad entre el porta y el cubre, é impide que la preparación se seque demasiado de prisa; sin necesi-

dad de otro requisito, se examina al microscopio la preparación. La existencia de sangre se certifica por la presencia de hematíes, reconocibles por su tamaño, su forma ligeramente bicóncava y su coloración pajiza. Este mismo examen servirá para el descubrimiento de los cilindros hemorrágicos, de los que nos ocuparemos después.

Puede ocurrir un hecho contrario al que hemos expuesto anteriormente, ó sea creer que hay sangre en la orina y en realidad no existir. Tal ocurre cuando se eliminan con la orina determinadas materias colorantes. Para obviar el error, debemos tener en cuenta el ingesta, la medicación y el estado de las vías biliares.

Efectivamente, hay una porción de sustancias que, una vez ingeridas, son capaces de colorear la orina al eliminarse con ella. El ruibarbo, el sen, la santonina, la goma-gutta y la raíz de la celidonia mayor la tiñen de color amarillo oscuro ó moreno, siendo posible la confusión en los últimos casos. La rubia, el palo campeche, la betarraga ó remolacha, las bayas de arándano y las moras pueden comunicarle un color rojo. La creosota, el salol, el ácido fénico y los fenoles en general oscurecen su tinte. Asimismo existe un pigmento, la hematoporfirina, que ennegrece las orinas, el cual aparece como caso el más frecuente en los enfermos sometidos á la acción del sulfonal.

Por otra parte, la bilirrubina, la biliverdina y demás pigmentos biliares, al eliminarse por la orina, la tiñen de un color que, si por lo común es el verde ó amarillo verdoso, puede oscurecerse y prestar al líquido una entonación pardusca, sujeta en ocasiones á confusión.

En fin, señalaré el hecho del posible paso y disolución de la hemoglobina en las orinas, con lo que éstas adquieren todos los caracteres de las orinas hemorrágicas. Séame permitido decir, aunque no sea más que de paso y sin que se dé al hecho más alcance del que realmente tiene, que en los únicos casos de hemoglobinuria verdad que he visto se trataba de individuos sifilíticos.

Mas dejando aparte las causas de error expresadas, la existencia de sangre en la orina se acredita por su color y por su aspecto.

El *color* de la orina hemática varía según los diferentes matices de dos tonos: el rojo y el moreno. Comienzan los del primero en el rosa ó rojo pálido, y siguen con el encarnado (color de jarabe de grosellas mezclado con agua, según frecuente comparación de los enfermos), con el rojo, rojo subido (color de sangre viva), rojo oscuro, negruzco y negro.

Las orinas morenas, que se presentan cuando se ha modificado la sustancia colorante de la sangre á consecuencia de su mezcla con orinas alteradas y del tiempo transcurrido entre la aparición de la hemorragia y la emisión de la orina, ofrecen asimismo tintes dife-

rentes, desde el moreno pálido al moreno, moreno subido ó pardo, moreno oscuro ó color de hoja seca, según sea la proporción de sangre que contengan estas orinas patológicas y el grado de transformación de la hemoglobina.

El *aspecto* de la orina sanguinolenta es variable según los casos. La tendencia de la misma es á formar depósito con el reposo, el cual puede estar constituído por sangre sola ó por una mezcla de sangre y pus si la orina contiene además esta sustancia. Hay orinas purulentas que precipitan abundantemente y llegan á esclarecerse en corto tiempo, no pareciendo sino que el pus ha englobado y precipitado toda la sangre: tal ocurre con las orinas glerosas de los afectos de cistitis. En otras ocasiones la orina que se halla sobre el depósito conserva su tinte hemático, si bien está más teñida en las capas más inferiores. En muy contados casos el depósito está constituído casi exclusivamente por el pus y sales de la orina, mientras el líquido que sobrenada lleva la sangre en disolución; hecho que ocurre cuando la hemorragia ha tenido lugar como fenómeno independiente de la supuración. Así aconteció en un enfermo con cistitis concomitante al atascamiento de un cálculo en la uretra, que vimos hace poco tiempo, en cuyo enfermo rechazamos el cálculo hacia la vejiga y lo trituramos *incontinenti* con el litotritor. La orina de este sujeto, después de la intervención, daba un precipitado purulento á consecuencia de la infección vesical; el resto de la orina se presentaba ligeramente teñido de sangre á causa de la pequeña hemorragia determinada por las maniobras que sufrió.

El *depósito* de las orinas hemáticas se presenta como una crema ó pasta rojo-negruzca ó negra, como poso de café; en su seno puede haber coágulos de diferentes coloraciones, formas y tamaños. Cuando el depósito es mixto (de sales, sangre y pus) el aspecto y color varían según la proporción de estas sustancias; en ciertas orinas el poso hemático puede afectar una disposición estratificada ó estar separado del pus; en otras forma una mezcla casi homogénea con toda la masa glerosa ó figura en forma de un ligero puntillado ó de coágulos más ó menos finos, más ó menos grandes, interpuestos en el seno del magma, mal llamado moco purulento, que forman esta suerte de orinas en el fondo y en las paredes del recipiente.

Los coágulos en las orinas pocas veces tienen una entonación rojo-escarlata (como pedazos de carne fresca, según dicen los hematúricos); casi siempre son negruzcos ó negros. En determinados casos se ofrecen desteñidos, de color grisáceo (como el de la carne hervida), en cuyas ocasiones son fácilmente confundibles con pedazos de neoplasia expelidos con la orina, como ocurre en el cáncer de la vejiga. La diferenciación se establecerá con el examen microscópico del fragmento sospechoso, tratado ya por simple disociación, ya

por el método de los cortes, previa inclusión en parafina ó celoidina. Si es un coágulo, la preparación dejará ver un retículo de fibrina aprisionando un cierto número de hematíes; si es tumor, presentará las células características del mismo. Digamos, sin embargo, que incluso el diagnóstico microscópico es á menudo delicado y difícil, á consecuencia de la destrucción que sufren los elementos anatómicos en el seno de ciertas orinas, y que en algunos casos es imposible del todo en un solo examen.

Respecto á la forma y tamaño de los coágulos insistiremos más adelante. Sólo nos resta añadir que tienen la propiedad de teñir fácilmente la orina, con la cual se agitan, idéntica á la que es peculiar del poso cremoso de las orinas hemáticas.

Tratados por un chorro de agua se deslíen parcialmente y comunican al líquido una entonación hemática, por poca que sea la porción disuelta, pues el diluirse con facilidad y el colorear intensamente son cualidades sobresalientes de la hemoglobina. De ahí dos consecuencias de orden práctico: la imposibilidad de juzgar la cantidad de sangre por la coloración de la orina, y la ventaja que retiran los hematúricos con coágulos en la vejiga ó en la pelvis renal, de ingerir grandes cantidades de líquido durante las crisis hemorrágicas.

## II

## ¿DE DÓNDE PROCEDE LA HEMORRAGIA?

### *Caracteres de las hematurias vesicales.*

Una vejiga que sangra en un individuo que orina da lugar á una *hematuria terminal*; el enfermo orina rojo al final de la micción, siendo las últimas gotas de orina las que son particularmente sanguinolentas. Las manchas de la camisa del paciente son de ello un vivo testimonio.

Con la denominación de hematuria terminal no debe comprenderse tan sólo el hecho de que la sangre aparezca únicamente al final de la micción, como en algunos casos sucede, ni siquiera el que las últimas porciones de orina salgan más coloreadas; pues en una hematuria del riñón, en la que la sangre se haya acumulado en el bajo fondo de la vejiga, el fenómeno puede también presentarse; lo que constituye la característica de las hematurias terminales es que la sangre que acompaña las últimas porciones de orina sea más roja, más rutilante, que tenga el aspecto de sangre fresca ó recientemente salida de los vasos.

Para acreditar la existencia de una hematuria terminal, se recurre á diferentes expedientes. Se hace orinar espontáneamente al

enfermo; se observa ó solicita la hematuria terminal, previo sondaje con sonda blanda; se examina la coloración del líquido que ha servido para el lavado vesical.

El enfermo debe orinar en dos ó, mejor, en tres vasos iguales: en el primero se recibe el primer chorro de orina; el resto de la micción se hace casi por entero en el segundo, y se reservan las últimas porciones de orina para el tercer vaso. Si son éstas más rojas, la existencia de hematuria terminal queda probada.

Lo que se ha hecho orinando espontáneamente el enfermo puede repetirse y comprobarse con el cateterismo evacuador, verificado con la sonda blanda para alejar toda suposición de traumatismo. La orina que mana de la sonda se recoge en tres vasos, y se examina al trasluz. Si todavía así el carácter terminal de la hematuria resulta poco evidente, se tapa la sonda con un huso y se deja colocada por corto tiempo, durante el cual se examina la vejiga á beneficio del tacto rectal (que tan preciosos datos nos da para el diagnóstico de las afecciones vesicales) y de la palpación combinada. Entonces se destapa la sonda, y se recoge y examina la pequeña cantidad de líquido que sale. Si aun quedan dudas, se retira la sonda obturando con el dedo su pabellón, y se deja escurrir su contenido en un vaso limpio; las gotas del líquido así obtenido se examinan á simple vista, y al microscopio si es preciso.

La hematuria terminal sólo tiene valor diagnóstico cuando la cantidad de sangre no es muy considerable. En las fuertes hematurias de origen renal puede suceder que, una vez vaciada la vejiga, continúe saliendo sangre en abundancia del uréter correspondiente al riñón que sangra, lo cual da carácter de terminalidad á las hematurias. Así pudimos observarlo una vez en un enfermo del riñón que examinamos en plena crisis hematúrica. La circunstancia de ser el tal sujeto prostático y retencionista, añadida á la de ser terminal la hematuria, nos hicieron pensar en una hematuria vesical; solamente el examen cistoscópico, realizado cuando menguó la cantidad de sangre, nos permitió afirmar que procedía ésta del uréter derecho.

Puede, asimismo, existir una hemorragia de la vejiga sin que la hematuria terminal se presente. Los siguientes hechos tienen lugar entonces en el orden que vamos á expresar: 1.° Existe una hemorragia en la vejiga. 2.° La hemorragia se cohibe espontáneamente, ó es muy pequeña. 3.° El individuo orina cuando ha cesado ya por completo la hemorragia ó ha disminuído notablemente. La orina entonces sale mezclada con la sangre, que se ha extravasado; pero habiendo dejado de sangrar la vejiga antes que el acto de la micción se cumpla, las últimas porciones de la orina expelidas no salen teñidas de sangre fresca recientemente salida de los vasos, que

es, según hemos dicho, lo que da carácter á la hematuria terminal.

Con el objeto de hacer el diagnóstico diferencial entre las hematurias vesicales y renales, hace algunos años que ideamos y pusimos en práctica la *prueba de la adrenalina*.

Todos saben el alto grado de poder hemostático de que goza esta sustancia, y aunque sea una hemostasia temporal, como la mayor parte de las obtenidas por medicamentos tópicos, como no se trata de obtener un efecto terapéutico, sino simplemente de realizar una exploración diagnóstica, conviene perfectamente á nuestro objeto. La particularidad de poderse esterilizar fácilmente por ebullición las soluciones de adrenalina hace á esta sustancia altamente recomendable.

Habiendo orinado el enfermo, y recogida su orina en dos ó tres vasos, se le cateteriza con una sonda blanda y se procede al examen de la hematuria terminal, tal como he descrito precedentemente. La vejiga puede lavarse con agua esterilizada; pero es aconsejable hacerlo con la disolución fisiológica de cloruro de sodio, debiendo quedar después del lavado completamente vacía, para lo cual se hacen presiones sobre ella por el hipogastrio, de manera que no quede retenida ninguna cantidad de líquido. Entonces, á beneficio de una jeringa estéril de pequeñas dimensiones, la de inyecciones uretrales, por ejemplo, se inyectan en la vejiga, por la misma sonda que ha servido para el lavado, cinco centímetros cúbicos de solución de adrenalina al uno por diez mil; luego se tapa el pabellón de la sonda, ó lo que es mejor, se retira, y se hacen adoptar al enfermo diferentes posiciones para que la solución adrenalínica se ponga en contacto con todas las paredes vesicales. Si no se posee una solución al uno por diez mil de la expresada sustancia, se puede echar mano de la solución corriente al uno por mil, adicionándola la cantidad correspondiente de la solución de sal común al siete por mil que ha servido para el lavado de la vejiga. Transcurrido un cuarto de hora ó media hora á lo sumo, se destapa la sonda ó se vuelve á sondar al enfermo, y se recoge en un vaso la orina acumulada en este espacio de tiempo. En otro vaso de igual forma y tamaño se echa la misma cantidad de las últimas porciones de orina que se recogieron anteriormente, de la cual se quitan cinco centímetros cúbicos, que se reemplazan por otros tantos de agua ó de la solución de cloruro de sodio, para que las condiciones sean exactamente las mismas en los dos ejemplares de las orinas que se van á comparar. Si las recogidas después de la inyección de adrenalina son claras ó se han aclarado sensiblemente, el origen vesical de la hemorragia queda á todas luces demostrado.

Casi está de más advertir que el estudio de los caracteres de la hematuria debe ir acompañado del estudio del enfermo. Sus ante-

cedentes morbosos, los síntomas actuales, el tacto rectal, la palpación combinada y la exploración instrumental constituyen otros tantos factores que contribuirán poderosamente á establecer el diagnóstico. Séame permitido decir, sin embargo, que con frecuencia tendremos que dejar de lado dos auxiliares de valía que podrían prestarnos un notable concurso en otras circunstancias: éstos son los síntomas subjetivos y la exploración instrumental.

Los síntomas que experimenta el enfermo son muchas veces falaces. No debemos fiarnos de que tal individuo nos diga que todas las molestias las experimenta en la vejiga, pues un gran número de afecciones renales, ya por dañar secundariamente el reservorio de la orina, ya por determinar un fuerte reflejismo vesical, como con harta frecuencia sucede, determinan aparatosas protestas por parte de la vejiga, mientras en la esfera renal evolucionan las más graves lesiones con una calma, con un silencio, que tanto tienen de engañadores como de habituales. Me permitirá el lector que insista sobre este particular, advirtiendo que la mayor parte de errores de diagnóstico los cometeremos por ese motivo. Por esto hemos de aprender á estudiar en urología todos los síntomas, y en especial la hematuria, con tanta precisión y detalle.

En cuanto á la exploración instrumental, nunca nos arrepentiremos de haberla aplazado en los sujetos con hematurias algo considerables. En tesis general, puede admitirse que la hematuria constituye una contraindicación para la exploración con instrumentos. Esta contraindicación alcanza hasta cierto punto á un precioso medio de reconocimiento de que hoy disponemos, cual es la cistoscopia, pues sobre perjudicar por las maniobras que supone en un aparato urinario congestionado, la abundancia de sangre impide ver con claridad el interior de la vejiga. En cambio, cuando la hematuria ha cesado ó cuando disminuye en intensidad, no debemos prescindir jamás de este medio de exploración. Lo propio debo decir para todo caso, sea el que quiera el grado de hematuria, antes de llevar al enfermo á la mesa de operaciones.

La única cistoscopia que me parece aquí aplicable es la de luz directa é imagen reflejada, sistema Nitze: vejiga llena de agua ó de aire. La posible observación de eyaculaciones ureterales de orina sanguinolenta pondrá en evidencia una hematuria renal; el cateterismo del uréter, no siempre aconsejable en tales casos, traducirá al exterior lo observado con el cistoscopio. Si la hemorragia se fragua en la vejiga, se podrá ver la fuente y la causa de la misma.

Lo dicho respecto á contraindicaciones de la cistoscopia es aplicable con mayor motivo á la división vesical, la que no puedo aconsejar sin haber verificado antes un examen cistoscópico. La existencia de un tumor, por ejemplo, situado á un lado de la línea me-

dia podría inducir á una errónea interpretación. En cambio, examinada ya *de visu* la vejiga, podemos emplear sin inconveniente para un estudio complementario, cesada ó en decrescendo la hematuria, los aparatos de Luys, Cathelain ó Boddaert.

*Hematurias renales.*

Ofrecen como carácter peculiar el ser *hematurias totales*, excepto en el caso de orinarse mucha cantidad de sangre, del cual ya nos hemos ocupado anteriormente. Mandando al enfermo orinar en tres vasos, la orina de los tres tiene aproximadamente la misma entonación, aunque la del último pueda estar un poco más cargada.

La *expulsión de coágulos largos y delgados*, amoldados evidentemente á la forma del uréter, certifica asimismo el origen renal de la hematuria. La delgadez y longitud son condición precisa para ser reconocidos como ureterales, pues de lo contrario pueden ser confundidos con los que se amoldan en la uretra posterior. Por otra parte, su expulsión va muchas veces precedida de dolores que recuerdan los del cólico nefrítico, aunque generalmente mucho más atenuados.

Por el examen histológico del depósito de las orinas, en especial del obtenido por centrifugación, pueden descubrirse los llamados *cilindros hemorrágicos*, pequeños coágulos que se han configurado en los canalículos del riñón, y que tienen también un valor diagnóstico absoluto en las hematurias renales. Su presencia en el depósito de las orinas hemáticas por lesión del riñón es más frecuente de lo que generalmente se cree, conforme lo ha atestiguado Albarrán. Conviene, no obstante, tener práctica en saber ver y buscar estos cilindros y en no confundirlos con los demás de otra naturaleza recubiertos accidentalmente de hematíes.

Se considera asimismo de origen renal una hematuria cuando cesa temporalmente para dar lugar á la emisión de orinas no teñidas de sangre. *El enfermo expele orinas hemáticas y claras alternativamente*, lo cual traduce la obliteración temporal de la pelvis ó del uréter correspondiente al riñón que sangra. Mientras la obliteración persiste, el paciente emite las orinas claras procedentes del otro lado.

En fin, las hematurias renales se acompañan, según sea la causa que las determina, de aumento de volumen del riñón, apreciable á la palpación combinada; de dolor espontáneo, vivo á veces, en general poco manifiesto (ya dijimos que es nulo en ocasiones); dolor indefinido, como una sensación vaga de lumbago ó de dolores reumatoídeos en la región sacro-lumbar ó en la parte baja del tórax, en el hipogastrio y fosas ilíacas ó en otras partes del abdomen, simu-

lando pasajeros cólicos enterálgicos ó *flatos*, como casi sin excepción declaran los enfermos. La sensibilidad á la palpación es algo más constante, y los reflejos reno-renales, reno-ureterales y reno-vesicales pueden hallarse manifiestos.

*Hematurias prostáticas ó de la uretra posterior.*

O la sangre se vierte en tales casos en la vejiga y tienen dichas hematurias los caracteres de las hematurias vesicales, ó se distinguen por ser iniciales; y si la hemorragia es algo considerable, por ser *iniciales* y *terminales*. El enfermo orina en el primer vaso la sangre acumulada en la uretra prostática; á veces expele con ella un coágulo amoldado en la región, del tamaño y forma de una sanguijuela; la orina del segundo vaso es mucho más clara ó clara del todo; la del tercero se tiñe de color rojo vivo en sus últimas gotas, si la pérdida de sangre es continua y no escasa.

Las neoplasias, y en general las lesiones del cuello de la vejiga, dan lugar al mismo fenómeno. En la historia de las hematurias en cuestión, figura, con frecuencia, un traumatismo ó una torpe maniobra de sondaje.

Antes de terminar la interesante cuestión del origen de las hematurias, he de explicar por qué no me ocupo de la *mezcla íntima* de la sangre con la orina y de la *coloración morena* de las orinas, que se consignan en algunas obras como caracteres distintivos de las hematurias renales. Hay cosas fáciles de escribir, pero difíciles de apreciar en la práctica. La mezcla íntima la observaremos tanto en las hemorragias del riñón como en las de la vejiga, pues la sangre tiene la particular propiedad de colorear intensamente y de difundir con rapidez su entonación por toda la masa de orina. Por otra parte, su poder de coagulación es el mismo, tanto si procede de la vejiga, como del aparato urinario alto. En cuanto al color moreno de las orinas hemáticas, nada nos dice tampoco sobre la procedencia de la hemorragia, pues, conforme se sabe, depende exclusivamente de la alteración de la materia colorante de la sangre, por el tiempo transcurrido desde su extravasación, por su contacto con las materias reductoras ó alterantes de la orina, ó por ambas circunstancias á la par.

## III

### ¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA HEMATURIA?

Algunas hematurias son dependientes de una *afección general* ó de una *enfermedad de la sangre*, pero la mayor parte son tributarias de una causa que obra localmente y que puede ser *traumática*,

*congestiva é inflamatoria ú orgánica.* Cada una de ellas imprime un sello especial á la hematuria.

*Las hematurias traumáticas* andan en estrecha conexión con el traumatismo que las provoca; sólo debemos estar avisados en no admitir de plano la íntima relación que entre el efecto y la supuesta causa ven con sobrada frecuencia los enfermos. La coincidencia del traumatismo con una enfermedad latente ó que comienza es posible: de ahí numerosos errores. Algunos cancerosos de la vejiga ó del riñón atribuyen el origen de todos sus males á una caída ó á un golpe recibido. Con mayor motivo acontece otro tanto en ciertos calculosos.

*Las hematurias calculosas* pueden entrar dentro del grupo de las hematurias por causa traumática, toda vez que los cálculos y cuerpos extraños obran provocando, á la vez que otros efectos, un traumatismo interno en el seno mismo de los órganos que los encierran.

El carácter distintivo de las hematurias calculosas es el de *modificarse con el reposo.* Hay hematúricos con piedras en el riñón ó en la vejiga, que orinan claro al cabo de pocas horas de guardar cama. En otros el reposo debe de ser mucho más prolongado, mas al fin obtendremos el cese ó la disminución de la hematuria. Muy pocos faltan á la consigna; se trata entonces de casos complicados.

Al contrario, la hematuria aparece ó reaparece con el movimiento, y las crisis más fuertes estallan con frecuencia á raíz de un penoso trabajo, de una carrera, del traqueteo de un carruaje, etc. De tal modo es esto cierto, que no solamente podemos contentarnos con ser meros espectadores del fenómeno, sino que está á nuestra discreción el provocarlo intencionadamente, teniendo entonces el hecho todo el valor de un experimento. El supuesto litiásico permanece en cama uno ó dos días, y se recogen las orinas de su última micción; después del descanso se le ordena andar todo el día y tomar los vehículos de más bruscos movimientos, pasando por la noche á orinar al laboratorio. La comparación de las orinas expelidas después del reposo y del movimiento, examinadas á simple vista, ó al microscopio si es necesario, puede confirmar plenamente la opinión del médico y proporcionar al enfermo una demostración clarísima de su enfermedad.

Las *hematurias congestivas* son muchas veces *patrimonio de los retencionistas*; no acostumbran á ser tan abundantes y rebeldes como las hematurias neoplásicas; *se agravan con el reposo* ó no se modifican en lo más mínimo; ceden con un tratamiento dirigido contra la causa que se opone al libre curso de la orina (uretrotomía, sonda permanente, por ejemplo), y se mejoran con un tratamiento descongestionante: supresión del alcohol y de comidas excitantes,

manteniendo la más perfecta libertad de las funciones del vientre; baños de asiento, enemas calientes ó enemas fríos repetidos varias veces; vaso-dilatadores generales, cardio-motores y astringentes ó isquemiantes locales, revulsivos, sustracciones de sangre *loco dolenti*, etc., etc.

Las hematurias congestivas aisladas son excepcionales. Al hablar de una hematuria de tipo congestivo se trata casi siempre, por no decir siempre, de una hematuria que además de la congestión reconoce otra causa, la cual en la mayoría de los casos es la inflamación.

Las *hematurias inflamatorias* revisten caracteres diferentes, según la enfermedad que las provoca; así, verbigracia, las hematurias de una cistitis en nada son comparables á las de una nefritis hemorrágica. Dejando aparte estas últimas, que por su importancia requieren estudio aparte, puede en tesis general afirmarse que las hematurias inflamatorias no son más que un epifenómeno de la enfermedad que las determina. Las afecciones de naturaleza flogística no son por lo común esencialmente, sino accidentalmente, hematógenas; casi siempre otra causa se añade á la ya existente para provocar la hemorragia, y ésta es habitualmente la congestión. Así, pues, el cortejo de síntomas clínicos que acompañan á la hematuria, lo propio que la purulencia de las orinas, nos permiten hacer el diagnóstico; y si bien es verdad que igual puede acontecer en las hematurias calculosas y en las de los neoplásicos, no es menos cierto también que tal ocurre solamente cuando el proceso inflamatorio ha venido á complicar el litiásico ó el neoplásico existentes ya, y posiblemente revelados con anterioridad en toda su pureza. No puede, sin embargo, negarse que estos casos complicados, muy frecuentes por otra parte, son los de diagnóstico difícil, y que se requiere no escasa sagacidad y un educado espíritu de observación para hacer resaltar los caracteres de la hematuria propios de la enfermedad por entre los demás síntomas que la oscurecen.

Las hematurias de la *tuberculosis urinaria* en sus comienzos, semejantes por su espontaneidad y aparente independencia á las hemoptisis de la tuberculosis pulmonar incipiente, parecen formar excepción á lo que, según acabamos de decir, constituye la regla en las hematurias inflamatorias; mas de todas suertes, poco á poco se van sumando otros síntomas á la hematuria que, si bien con lentitud y poca decisión, van delatando cada vez más á la enfermedad. El saberles seguir la pista ha de constituir, pues, todo el talento del clínico, cuya labor ha de comenzar naturalmente por una simple sospecha; pero una vez ya viable el diagnóstico, la aparición de nódulos en la próstata ó en el epidídimo, la propagación descendente de las lesiones y la purulencia de las orinas en las cuales es posible

acreditar la existencia del bacilo, ya por el examen microscópico, ya por las inyecciones experimentales, lo dejarán definitiva é inequívocamente establecido.

Entonces, á medida que los expresados síntomas van adquiriendo importancia, la hematuria pasa á ocupar un lugar muy secundario, como sabemos la tiene en la generalidad de las hematurias inflamatorias. El poso de las orinas puede estar más ó menos teñido; tal vez algunas estrías de sangre aparecen en el depósito purulento ó gleroso de las mismas; pero tales hechos no tienen otra importancia que el escaso valor semiológico que su misma insignificancia puede buenamente concederles.

Enteramente lo contrario pasa en las *hematurias de las nefritis hemorrágicas*, ó por otro nombre hematurias *sine materia* (Lancereaux) ó *hematurias esenciales*, denominadas así precisamente porque el fenómeno hematuria lo acapara todo, y tanto por su espontaneidad como por su repetición y abundancia, como por la ausencia ó carestía de otros síntomas, parece constituir toda la enfermedad.

Hoy sabemos, á partir de los primeros trabajos de Albarrán en Francia, publicados el año 1898, y de los de Israel en Alemania, que estas hematurias, al parecer inexplicables, son debidas á lesiones de nefritis, algunas veces sólo demostrables por el microscopio.

Estas hematurias presentan los caracteres de las que son propias de las neoplasias, que describiremos luego, y sólo se distinguen por el perfecto estado general del individuo, hecha abstracción de la anemia consiguiente, por faltar en el enfermo los otros síntomas posibles en los tumores del riñón, y porque frecuentemente se asocian con otro fenómeno, el dolor, manifiesto ya en forma de vagas molestias, ya de verdaderos cólicos nefríticos.

Las *hematurias neoplásicas* se caracterizan por su espontaneidad, su abundancia, su rebeldía al tratamiento, su larga duración y repetición frecuente, y por constituir muchas veces el único síntoma inicial de la enfermedad.

La *espontaneidad* en estas hematurias puede observarse tanto en su comienzo como en su desaparición. En algunos casos existe una causa que quita en los primeros momentos el carácter de espontaneidad á la micción de sangre, como una fatiga, un golpe, un sondaje...; pero bien pronto se observa que no hay relación entre la lenitud de la pretendida causa y la importancia del supuesto efecto. El paso de la hematuria, en algunas ocasiones, es lento y progresivo, mas con frecuencia es brusco, instantáneo, sin que se nos demuestre claramente el por qué sucede así. Siempre que de esta suerte veamos aparecer ó cesar una hematuria en un individuo que se halle en la edad en que aparecen habitualmente los tumores, la sospecha de la existencia de una neoplasia debe pasar sin ex-

cepción por nuestra mente y por la criba de un juicio diagnóstico severo.

La *abundancia de sangre* en las hematurias neoplásicas, sin ser reglamentaria, es frecuente; pero lo notable de las mismas consiste en que, sean abundantes, sean escasas, no se mejoran ni se agravan con nada. Ni el movimiento, ni el reposo, ni la medicación tienen influencia sobre ellas. Estas hematurias *son inmodificables*, son *caprichosas*, según gráfica expresión de Guyon.

Repitamos que muchas veces las hematurias son *el primer grito de alerta* de las neoplasias. La falta de otros síntomas, de dolor, de tumor, de antecedentes, de quebrantamiento del estado general, servirán para ponernos sobre aviso.

Las *hematurias dependientes de enfermedades no localizadas, especialmente en el aparato urinario*, son consecuencia unas veces de las grandes *pirexias hemorrágicas*: viruela, escarlatina, roseola, fiebre tifoídea, fiebre amarilla é ictericias graves; en otras ocasiones son la expresión de ciertas enfermedades discrásicas: escorbuto, enfermedad de Werlhoff, púrpura, leucocitemia. También deben incluirse en el grupo las hematurias hemofílicas.

No debemos insistir en el diagnóstico de todas estas hematurias, toda vez que depende del que se haya hecho de la enfermedad causal. Por otra parte, suelen ir acompañadas de otras hemorragias, ó por lo menos figuran éstas en el pasado de los enfermos.

En fin, las *hematurias parasitarias* debidas á la filaria, al distoma de Bilharz ó al estrongilo apenas nos interesan, por ser propias de los países cálidos. Toman el nombre de hemato-quilurias, hematurias quilosas, filarianas, hematurias de Egipto ó del Brasil, y se caracterizan por la presencia de parásitos y de grasa en las orinas. También contribuye al diagnóstico el estudio de los antecedentes etiológicos y de las condiciones climatológicas del país donde el enfermo se halla ó de donde procede.

## IV

### FENÓMENOS GENERALES EN LAS HEMATURIAS

Cuatro palabras sólo á este respecto. Si la hematuria no es efecto de una enfermedad general ó de localización extraurinaria, en cuyo caso los síntomas de conjunto son, naturalmente, los de la enfermedad provocatriz, por lo común, los fenómenos generales del hematúrico son dependientes de la afección local, así la toxemia aparece en los procesos infectivos ó en los que se han infectado secundariamente; la caquexia, en los cancerosos declarados; los síntomas de nefritis, en algunas de las hematurias llamadas esenciales.

En otros casos los síntomas generales no son dependientes de la enfermedad local, sino simplemente concomitantes, como los de las lesiones pulmonares en los tuberculosos, los que traducen un decaimiento ó entorpecimiento de las funciones de nutrición (manifestaciones de reumatismo, de artritismo, de gota), en los litiásicos..., etc.

Un fenómeno es evidentemente común á todas las hematurias algo considerables: la anemia. Hay casos de hematurias tan intensas y duraderas, como las neoplásicas y las de las nefritis, que llegan en un momento dado á matar por hemorragia, ó á poner seriamente en peligro la vida del enfermo.

No pocas intervenciones de urgencia se hallan reclamadas por estos casos desesperados, al objeto de cumplir la indicación vital de poner fin á la pérdida de sangre. En cambio quedaremos con frecuencia sorprendidos, pues abundan los casos en la práctica, de ver individuos que vienen sufriendo hematurias desde larga fecha, con un pulso relativamente bueno y un estado general poco menos que satisfactorio.

Sea lo que se quiera de lo que llevo expuesto, lo importante es fijarse siempre en el estado general de nuestros enfermos, y no olvidar que debemos mirarlos como médicos antes de estudiarlos como especialistas. Esta observación sube de punto siempre que tengamos necesidad de establecer una indicación operatoria, y por mi parte puedo decir que empiezo por tomar el consejo yo mismo, y que raras veces me lanzo á una intervención seria ó de empuje sin un examen completo del enfermo, reforzado por el examen de un internista.

## V

### TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA

Debe ser causal; el entretenerse con una medicación sintomática es inútil, es perder el tiempo, si no es ya decididamente perjudicial.

Al decir tratamiento causal, no se quiere significar que sea indispensable suprimir la causa; tanto mejor si esto se logra, pero basta muchas veces atacarla, modificarla, para que se detenga la hematuria. Ya he dicho algo anteriormente sobre la manera de combatir la congestión del aparato urinario; asimismo he dejado entrever el amplio lugar que la congestión ocupa en la etiología de las hematurias. Pues bien: aquel tratamiento descongestionante, todas aquellas reglas expuestas, la mayor parte de ellas de orden higiénico, son los recursos á los que primeramente deberemos acudir.

El suprimir la retención, fuente inagotable de repetidas congestiones, es un arma poderosa para poner término á la micción de san-

gre. Cuando la vejiga se halla en retención en el curso de una hematuria, la primera indicación á cumplir es dar libre curso á la orina, y así, según los casos, debe apelarse á colocar una bujía ó una sonda permanentes, á la uretrotomía interna, á la cistotomía, en cuya circunstancia esta intervención, que puede ser simplemente paliativa, se convierte en radical, siempre que sea posible, suprimiendo á la vez el efecto y la causa, extirpando un tumor, extrayendo un cálculo... Cuando se trata de un retencionista no por lesión alguna, sino por la existencia de coágulos en la vejiga, se le ordenarán abundantes bebidas para disgregarlos y diluirlos, pues ya he dicho que el agua es un magnífico disolvente de la sangre; junto con esto se mandará al enfermo que orine en posición horizontal. Si por medios tan sencillos y corrientes, y sabidos hasta tal punto que muchos enfermos experimentados los emplean ya antes de consultarnos, no se logra la disgregación y expulsión definitiva de los coágulos, ni se triunfa de la retención, entonces se recurrirá al cateterismo; y si aun este medio falla, podrá apelarse á la aspiración de los coágulos, con lo que se consiguen á menudo brillantes resultados. La vejiga, una vez vacía y libre de cuerpos extraños que exciten su contractilidad, lo propio que cuando se abre con el bisturí, se descongestiona rápidamente y deja de sangrar.

Acontece aquí algo parecido á lo que tiene lugar en la matriz: cuando este órgano se ha desembarazado por completo de su contenido, las metrorragias más intensas cesan como por encanto. Una vez más se demuestra que, dondequiera que sea, las leyes de la patología general raras veces dejan de cumplirse.

Si las hematurias vienen solicitadas por contracciones de la vejiga, como ocurre en las cistitis dolorosas, es á los hipnóticos, y en especial á las inyecciones hipodérmicas de morfina y á los enemas con antipirina y láudano, á lo que debemos preferentemente acudir.

Si la micción de sangre reconoce por causa una lesión de la próstata, una falsa vía, por ejemplo, se tratará á beneficio de la sonda permanente, la cual evita la retención y permite cicatrice la herida protegida por ella.

Si la hematuria es debida á la existencia de cálculos ó cuerpos extraños en las vías urinarias, no he de insistir en que su mejor tratamiento paliativo es el reposo.

En fin: la mayoría de las hematurias de origen renal son menos asequibles á los medios terapéuticos que he expuesto, y requieren casi siempre la práctica de intervenciones radicales. Permítaseme apuntar que las mal llamadas hematurias esenciales, que tanto dan que temer en muchos casos, curan por la nefrotomía, la decapsulación renal ó la nefrolisis.

Nada he dicho hasta el presente del empleo de medicamentos, y casi preferiría no hablar de ellos. Pero se preguntará: ¿es que no existe una medicación general y local contra la hematuria? Una medicación general sí existe; local, no. Como medicación general, se emplearán las sustancias á propósito para levantar las fuerzas del paciente, para combatir la anemia, para aumentar el poder de coaguabilidad de la crasis sanguinea en las enfermedades discrásicas, administrando, si se quiere, hasta el aceite esencial de trementina ó los trementinados ó el polvo de quina ó el tanino; mas debe fiarse poco, muy poco, del efecto de estos medicamentos y de todos los llamados estípticos, astringentes y vaso-constrictores. No queramos seguir la rutina ni la práctica de esta terapéutica antirracional y comodona que tanto agrada á los enfermos, que tantos partidarios cuenta, por desgracia, y que debemos procurar desterrar con todos nuestros esfuerzos. Otro tanto debo decir del empleo de los hemostáticos locales. Ya he manifestado que la hematuria carecía de tratamiento medicamentoso local. ¿Qué se va á conseguir con el empleo del percloruro de hierro, de los ácidos minerales y vegetales, del alumbre, del alumnol ó de tantas otras sustancias como podría citar? ¿Acaso provocar la formación de coágulos consistentes y de difícil expulsión? ¿Cree alguien, acaso, que la hemorragia cesará por tales medios como si se tratase de una superficie libre? Y aun en las superficies al descubierto, ¿no ha proscrito ya su uso la Cirugía? Abandonemos, pues, una tal medicación, para emplear los medios que á grandes rasgos dejo expuestos, y estemos seguros de que, cuanto más conozcamos la fisiología patológica de la vejiga y más dominemos la práctica de la especialidad, tanto más, enfrente de una hematuria, dejaremos de ser malos médicos para aprender á ser excelentes consejeros ó buenos cirujanos.

**Barcelona, 27 de Enero de 1907.**

---

## NUEVAS INVESTIGACIONES ACERCA DE LA INTERPRETACION DE LAS IMÁGENES RADIOGRÁFICAS DE LA ARTICULACION DE LA CADERA

### SU IMPORTANCIA EN EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SUS LESIONES

POR EL DR. DECREF

Diariamente van los clínicos haciendo notables descubrimientos entre el cúmulo de sombras que proyectan los órganos del cuerpo humano sobre las placas fluoroscópicas ó fotográficas, gracias al prodigioso descubrimiento de Roentgen.

Este sabio arrojó á los médicos sobre un nuevo mundo desconocido, en el cual la observación va descubriendo y analizando, á semejanza de lo que ocurre con una persona á la que se hace pasar

bruscamente de la luz del sol á una habitación casi á obscuras. Al principio, difícilmente puede distinguir más que las siluetas de los muebles, hasta que, colocado en condiciones su aparato visual, va dándose cuenta por momentos de finos detalles; y si la habitación es conocida, precede la suposición á la realidad, lo que es causa de errores, naturalmente, que sólo en plena iluminación son corregibles. Así penetramos en el organismo, casa para nosotros conocida, y en la cual suponemos mucho antes que vemos, y á veces la variación de posición ó forma de un objeto nos induce á errores, si luego á la luz no nos damos cuenta de ciertos hechos.

La imagen radiográfica de la cavidad cotiloídea fué descrita por Ludloff señalando á los clínicos ciertas sombras que parecían el doble contorno del borde de dicha cavidad, á las que dió Koehler el nombre de *Tränenfigur* en alemán, ó sea en castellano figura de lágrima.

Efectivamente: si observamos las radiografías que presento, y que aparecen en las figuras 1.ª y 2.ª, veremos en el lado derecho (1),

Fig. 1.ª

que es el normal, unas líneas (en la fig. 2.ª aparecen reforzados con tinta) que dan el aspecto de una gota que resbala, de una lágrima, como muy característicamente la ha llamado Koehler. Esta figura, según Ludloff, la produce la proyección del doble contorno de la ceja cotiloídea, y creía que en las luxaciones congénitas (figs. 1.ª y 2.ª) aparecían sus cambios de dibujo, efecto de que el aplanamiento de las cavidades hacía menos salientes sus bordes que en las normales.

(1) Del lector.

Max Reiner y Robert Werndoff acaban de publicar en el *Zeitschrift für Orthopoidische Chirurgie*, de Hoffa, un interesante artículo, demostrando que la figura de lágrima corresponde precisamente al fondo y techo de la cavidad cotiloídea. Para demostrar esto, y no que dicha imagen era el borde de la cavidad, hicieron primero desaparecer en una pelvis los bordes de dicha cavidad con el escoplo y vieron que la lágrima no desaparecía. En cambio, en otra pelvis desfondearon la cavidad, y en la radiografía que se hizo la figura de lágrima había desaparecido. Aun hicieron una tercera

FIG. 2.ª

prueba, que fué dejar sólo el fondo de la cavidad, separando el resto de isquion y pubis, que no formaban parte del fondo, y apareció en la radiografía la figura de lágrima sola, aislada, pendiente del íleon. Con esto quedó plenamente demostrado que la *Tränenfigur* de Koehler es la imagen del fondo y espesor de la cavidad cotiloídea. Pero á mí me quedaban aún dudas acerca de ciertos puntos, que yo quería resolver, y que he resuelto, repitiendo las experiencias de Reiner.

Como se trata de la proyección de la sombra de varios planos, Reiner y Werndoff dicen con razón que según la dirección en que el foco se encuentra, esta figura puede sufrir variaciones. Ellos habían hecho estas experiencias con pelvis enteras, supongo, aunque no lo digan, centrando la dirección de los rayos hacia el centro de la pelvis, en la línea media, por encima de la sínfisis pubiana, y de esta forma, la figura de lágrima aparece encerrada entre dos líneas curvas, que corren casi paralelas, hasta que la más externa se

separa, para señalar el techo de la cavidad. Hoy día se emplea el diafragma, con objeto de obtener más detalles; y en estos diafragmas se encierra única y exclusivamente el sitio donde reside la lesión que ha de estudiarse. De manera que para examinar una cavidad cotiloídea se centran los rayos generalmente, no sobre la sinfisis pubiana, como cuando se ha de hacer una radiografía de toda la pelvis, sino sobre la eminencia íleo-pectínea del lado que se ha de radiografiar. De esta forma entraron en mí las dudas de si la figura de lágrima en estas condiciones podía esencialmente cambiar su forma, y habituados á la que dan las experiencias de Reiner y Werndoff, creer nosotros equivocadamente que la figura producida normalmente por la superposición de planos, cuando se diafragma, era una alteración de la cavidad, y decidí repetir las experiencias en estas nuevas condiciones, las cuales he verificado de la manera siguiente, dándome los resultados que á continuación expreso.

Cogí un hueso ilíaco, y con objeto de hacerle guardar la posición sobre la placa, exactamente igual en las distintas radiografías que había de sacar, en un bloque de crema de escayola introduje el hueso por las dos espinas ilíacas posteriores hasta la mitad de las fosas, sosteniendo el hueso en posición hasta que el bloque de escayola se secó y consolidó. De esta manera quedó en el bloque una caja, que me aseguraba en todo momento exactamente la misma posición del hueso. Para todas las radiografías coloqué el foco á 30 centímetros de altura, centrándolo sobre la eminencia íleo-pectínea. Con esto, y con emplear el mismo tiempo de exposición y graduar para todas la misma penetrabilidad de rayos, se habían tomado todas las precauciones para que todas las radiografías estuvieran hechas en las mismas condiciones.

Saqué primero una radiografía del hueso ilíaco entero, y me encontré ya con que se veía perfectamente visible la *Tränenfigur* de Koehler; pero, como sospechaba, la lágrima aparecía de distinta forma, pues si se compara el lado derecho normal de las figuras 1.ª y 2.ª con la imagen de la figura 3.ª, se verá que, siguiendo en ésta dicha imagen de abajo arriba, á muy corto trayecto, las dos líneas se juntan un momento, para volver á separarse en seguida y subir divergentes: la externa, á dar la imagen del límite externo del espesor del fondo de la cavidad, y la interna, el límite interno, perdiendo el paralelismo, y dando más exacta figura de lágrima que en las figuras 1.ª y 2.ª (lado derecho), que se ve que estas dos líneas suben paralelas sin tocarse hasta que divergen.

¿Quiere esto indicar que la cavidad esté alterada en lo más mínimo en la figura 3.ª? De ninguna manera: esto, como se ve, pues los dos huesos íleon son normales, no depende más que de la distinta manera de sobreponerse los planos, para dar la proyección según

ha sido puesta la dirección del foco; y esto hay que saberlo y tenerlo muy en cuenta antes de hacer un diagnóstico.

De aquí se deduce también que, para averiguar bien en la radiografía el espesor del fondo de la cavidad, se necesita enfocar sobre la sínfisis pubiana, ó, si se diafragma la región, tener en cuenta estas modificaciones, que no indican ninguna alteración.

FIG. 3.ª

FIG. 4.ª

La figura 4.ª es el mismo hueso, como ya hemos visto, colocado en las mismas condiciones, pero con la separación del fondo y techo de la cavidad; y como se ve, falta todo rastro de la figura de lágrima.

FIG. 5.ª

La figura 5.ª, de una radiografía del mismo hueso, en el cual se han separado el isquion y pubis, serrándolos inmediatamente por debajo de la sutura en Y, de manera que sólo queda el techo y fondo de la cavidad cotiloídea, y se ve plenamente demostrado que la

*Tränenfigur* aparece aislada como proyección de dicha parte del hueso.

Son, pues, de un interés grandísimo estos estudios para la exacta interpretación de la radiografía de la articulación de la cadera y diagnóstico de sus lesiones. Así en las figuras 1.ª y 2.ª, que es un caso de luxación congénita de la cadera, podemos apreciar la diferencia de espesor de la cavidad en el lado derecho (1) sano y en el lado izquierdo luxado, y vemos que en éste la lágrima se ha convertido en cuña, gracias al espesor de las paredes, y que lo que principalmente falta es techo. De estos datos, y estudiando las transformaciones de la cavidad en las distintas luxaciones congénitas, que yo llevo operadas por el procedimiento incruento de Lorenz, he deducido enseñanzas curiosísimas para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de esta deformidad, que sobre todo en el tratamiento dan al procedimiento de Lorenz una gran ventaja sobre los demás, y sobre las modificaciones de tiempo y forma de otros autores, que no hago más que indicar aquí, pues no quiero alargar más este trabajo. Solamente llamaré la atención sobre la importancia de estas investigaciones en el diagnóstico de las fracturas de pelvis, sobre todo las del tipo Walther, en que la línea de fractura atraviesa la cavidad cotiloídea.

Y también es necesario mencionar un punto, quizás el de más interés. Todos saben que los cirujanos del día, en todos los países, se han decidido hoy por el tratamiento conservador en la coxalgia, y que sólo en muy determinados casos está indicada la intervención cruenta, siendo uno de ellos el peligro de la perforación de la cavidad y abertura del absceso en la pelvis; dándose el caso de intervenirse, por falta de datos, ó demasiado pronto ó demasiado tarde. Además, es de un gran interés saber, por esta razón, dónde se encuentra el foco, si en el fondo ó en el techo de la cavidad, y de qué intensidad y extensión son las destrucciones. Pues bien: con estas nuevas investigaciones se pueden precisar, como fácilmente se comprende, estos puntos de tanta importancia.

Finalmente, también todos los cirujanos están conformes en que la única curación de resultado duradero, y que permite la función de gravitación sobre la cabeza del fémur, cuando han existido focos, que han destruído trozos más ó menos grandes de techo y fondo de cavidad cotiloídea ó de dicha cabeza, es la anquilosis; y con estas investigaciones podrá el cirujano cerciorarse de si un enfermo operado ó no marcha hacia esta solución, que es la deseada, interviniendo oportunamente para llegar á dicho fin lo mejor y más pronto posible.

---

(1) Del lector.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Cirugía del aparato digestivo.

I.—**Modificación del quimismo gástrico después de la gastro-enterostomía; influencia de esta operación sobre la úlcera y el cáncer del estómago**, por Katzenstein. (*Deutsche med. woch.*, 17 y 24 Enero 1907.)

He aquí las conclusiones de la importante memoria y experiencias sobre animales, que publica y traducen los *Archives générales de Médecine* (núm. 2, Febrero 1907).

Después de la gastro-enterostomía, la bilis y el jugo pancreático se vierten en el estómago. Este aflujo, permanente en los primeros días después de la operación, se hace en seguida intermitente; después de una comida pobre en grasa, se encuentra hora y media después bilis y jugo pancreático en el estómago; si la alimentación es muy rica en grasa, se las halla ya á la media hora.

Esta penetración del jugo alcalino en el medio ácido del estómago tiene, naturalmente, como consecuencia, disminuir mucho la acidez gástrica por neutralización y disminución refleja de la secreción clorhídrica. Esta alcalinización transitoria hace la pepsina inactiva, en tanto que la tripsina no es más que ligeramente debilitada en su acción por la acidez gástrica. La digestión clorhidropéptica disminuye, pues, en muy alto grado después de la gastro-enterostomía.

Estas consecuencias constituyen una condición muy favorable á la curación de la úlcera del estómago, puesto que la hiperacidez gástrica tiene, ciertamente, papel importante en su patogenia. Con un régimen rico en grasas y de comidas frecuentes después de la gastro-enterostomía, se provocará el aflujo de jugos alcalinos en el estómago y se favorecerá la curación de la úlcera.

Para el cáncer, la gastro-enterostomía mejora mucho la motricidad gástrica, si la neoplasia asienta en el píloro. Pero, además, parece que la presencia de la tripsina en el estómago, después de la gastro-enterostomía, juega papel importante en las mejorías y largas supervivencias observadas á veces, pues parece hacer una digestión superficial del cáncer y detener su evolución, á lo menos durante algún tiempo. Por lo cual debe practicarse lo antes posible la gastro-enterostomía, aun en los cánceres que parecen inoperables, en lugar de «cerrar el vientre y abandonar los enfermos á su triste suerte».

**II.—Sobre el diagnóstico y tratamiento de la gastritis flegmonosa,** por Oscar Klauber. (*Zentralbl. f. inn. med.*, 8 Marzo 1907.)

Todos los casos de gastritis flegmonosa conocidos han sucumbido, excepto los que han sido operados. Klauber refiere, sin embargo, el de una joven de veintidós años, admitida en el hospital con el diagnóstico de peritonitis, en que pudo ser hecho el de gastritis flegmonosa.

Los síntomas eran: temperatura, 39°,5; pulso, 120; nada de abombamiento del vientre; abdomen depresible; dolor á la palpación entre el apéndice xifoides y el ombligo, sin macidez alguna anormal ni síntomas por parte del hígado ni la vesícula; bazo normal; falta de roseola y de vómitos.

Se le dispone lavativas alimenticias y morfina en inyecciones. El estómago está dilatado; se introduce la sonda y se sacan dos litros de líquido turbio, de aspecto jabonoso, con gruesos copos y reacción ácida; sedimento abundante de células epiteliales y cámaras abundantes riciformes. Más tarde el líquido del lavado contenía grandes cantidades de células y pus.

Descartando del diagnóstico el absceso paraestomacal y un envenenamiento, no podía admitirse más que el absceso del estómago, poco verosímil, y la inflamación difusa del tejido submucoso gástrico, dando lugar á fenómenos generales graves.

Bajo el punto de vista terapéutico, es necesario vigilar con el mayor cuidado al enfermo, á fin de reconocer lo más rápidamente que sea dable la perforación posible de la pared del estómago para tratarla convenientemente. Pero no está indicado hacer una laparotomía preventiva, como en el caso de Langenmann, porque en la gastritis flegmonosa difusa no se puede prever el punto por donde la perforación podrá efectuarse; no pudiendo hacer correr al enfermo el riesgo de una laparotomía exploradora en el grave estado en que se encuentra, y porque esta intervención puede destruir las adherencias en formación.

Está indicado, por el contrario, hacer con precaución lavados de estómago siempre que se esté pronto á intervenir en caso de perforación, capaces de prevenirla practicados precozmente. El estómago está, en efecto, lleno de una secreción inflamatoria, y al no poder desembarazarse de su contenido se distiende, lo que favorece su perforación. El uso del sifón está, pues, indicado sobre todo cuando se comprueban los signos de repleción del estómago; desde el momento que así se efectúa, la enfermedad toma una evolución favorable.

La principal indicación, después de ésta, es mantener el estado de fuerzas; la alimentación por vía gástrica es imposible; por el recto es muy difícil á causa de la diarrea, con frecuencia profusa,

y del tenesmo, que no consienten las lavativas alimenticias. En estas condiciones, Klauber ha logrado sostener al enfermo con inyecciones subcutáneas de solución salina fisiológica conteniendo 1 á 2 por 100 de albúmina, de la cual el organismo conserva el 70 á 80 por 100, correspondiendo un litro á la cantidad de albúmina de 3 ó 4 huevos. Una parte de la albúmina es eliminada por la orina.

**III.—Tratamiento de la úlcera duodenal**, por Mayo Robson. (*Brit. Med.*, 8, 2 Febrero 1907.)

Si la úlcera duodenal puede ser diagnosticada á tiempo, el régimen y el reposo pueden procurar su curación. Pero generalmente los síntomas son al principio muy ligeros y sólo se la descubre mucho tiempo después de su comienzo. Con frecuencia el tratamiento médico produce mejoría, pero el enfermo recobra sus hábitos y los síntomas recidivan. Según Perry y Shaw, la curación de la úlcera tiene lugar en la mitad de los casos.

El tratamiento quirúrgico produce no sólo el alivio, sino también la curación. Puede ser directo, y consiste en la escisión de la úlcera; ó indirecto, y comprende la gastro-enterostomía con ó sin oclusión del píloro.

Salvo en los casos muy precoces, en que la úlcera estaba asociada á otra lesión semejante del píloro, Mayo ha recurrido al método indirecto, que le ha proporcionado éxitos tan satisfactorios que casi es el solo que aplica.

No es de temer que el cáncer se desenvuelva sobre la antigua cicatriz, porque el cáncer del duodeno es muy raro.

Ha practicado la gastro-enterostomía posterior en 66 casos de úlcera duodenal, sin haber perdido uno solo por la operación, siendo los resultados, inmediatos y lejanos, muy satisfactorios.

La operación consiste en reunir el borde inferior del estómago al yeyuno; la abertura es poco más ó menos de dos pulgadas, y los bordes son reunidos por dos suturas continuas; á corta distancia de los bordes un hilo de Pagenstecher reúne las serosas al exterior, en tanto que el catgut crómico comprende todo el espesor de las paredes del estómago é intestino seccionadas. La mucosa no es escindida, ni el píloro cerrado, ni la úlcera obliterada, á menos que la pared duodenal no esté adelgazada.

El enfermo es colocado en la cama sentado, lo que le es más agradable, y le evita las complicaciones torácicas; esta posición es igualmente muy ventajosa cuando la operación, hecha después de una peritonitis por perforación, obliga á la colocación de desagüe. Después de la intervención se inyectan grandes cantidades de solución salina en el recto, para calmar la sed.

La alimentación por la boca comienza desde que ha desaparecido el efecto nauseoso del anestésico, y la noche misma de ser operado puede tomar 30 gramos de agua albuminosa cada hora.

Durante algún tiempo es necesario hacerle tomar alimento con frecuencia, para neutralizar la acidez del jugo gástrico.

Cuando sobrevienen hemorragias, melenas ó hematemesis, es necesario no esperar su reaparición para intervenir; porque son graves generalmente, y ponen la vida en peligro.

En dos casos, Mayo las ha visto detenerse después de la gastroenterostomía; en otro, se vió obligado á abrir el duodeno y ligar el vaso; pero no aconseja la operación en el intervalo de las hemorragias.

**IV.—Sarcomas primitivos del intestino delgado; tratamiento, por Laroy.** (*La Belgique Médicale*, 7 Febrero 1907.)

Los sarcomas del intestino son muy raros, y asientan de preferencia en el delgado.

Los trastornos de la digestión y defecación son los primeros en aparecer; el adelgazamiento se presenta en seguida; más tarde la palpación permite reconocer la existencia de un tumor. En la evolución ulterior las deposiciones pueden contener sangre ó pus. El curso es bastante rápido; la enfermedad dura, por término medio, cuatro á cinco meses. El pronóstico es grave, porque no es posible la curación sin intervenir; con ésta ha sido obtenida en el 22 por 100 de los casos.

Los sarcomas medulares y múltiples, que tienen tendencia á producir desde el principio metástasis y caquexia, son inoperables desde su iniciación.

El tratamiento operatorio es el único indicado: de 44 casos fueron operados 18. En muchos enfermos la intervención hubo de limitarse á una laparotomía exploradora; en otros se hizo la resección con ablación de las metástasis mesentéricas, con frecuencia muy extensas. La resección alcanzó en un caso la longitud de un metro.

Siete enfermos murieron después de la operación, unos por perforación intestinal, otros por recidivas rápidas; diez curaron, pero no han sido vigilados posteriormente. Un enfermo de Hahn no ha recidivado á los ocho años.

En un caso en que el sarcoma radicaba en la parte inferior del íleon, fué extirpado por la incisión lumbar hecha con el fin de fijar el riñón que se suponía móvil.

Los sarcomas del intestino son descubiertos casi siempre tarde, cuando la curación radical no es posible; en este caso no se operará más que si hay estenosis, estando entonces indicado el ano artificial.

**La actinomicosis intestinal; su tratamiento,** por C. Lepontre. *(Jour. des Sociétés médicales de Lille*, 2, 9 Febrero 1907.)

Con motivo de dos casos de esta afección presentados en el servicio del profesor Duret, hace Lepontre un estudio general de la misma.

En un primer período se observa diarrea más ó menos tenaz, dolores abdominales, cámaras sanguinolentas ó glerosas. Pero la naturaleza de la dolencia permanece ignorada, si no se hace el examen micrográfico de las heces fecales.

El segundo período se caracteriza por la formación de un tumor poco móvil, de consistencia leñosa y adherente, ya á la pleura, ya á los planos profundos, siendo su asiento distinto según la parte de intestino atacada.

En el tercer período el tumor se reblandece y elimina por diferentes vías.

El pronóstico es muy grave.

Si se llega á diagnosticar la enfermedad al comienzo del segundo período, cuando parásito y reacción conjuntiva forman una masa limitada, el tratamiento será quirúrgico. La resección del tumor podrá dar la curación rápida y definitiva; pero la operación es grave porque obliga con frecuencia á quitar extensos trozos de intestino. Si hay numerosas adherencias, si está al final del segundo período, y con más razón si hay fístulas, no se podrá tratar la actinomicosis, como tumor maligno, más que por la ablación amplia y el raspado minucioso.

Se ensayará el ioduro potásico, y el tratamiento quirúrgico será reducido al mínimum: el ioduro podrá ser dado á la dosis diaria de 6 á 8 gramos; Lebreton ha preconizado la iodipina en inyecciones subcutáneas; sin embargo, el iodo no puede ser considerado como específico, aun cuando es un ayudante de los más útiles, al punto que en ciertos casos sólo parece haber procurado la curación; se le puede, pues, prescribir siempre. Las inyecciones de tuberculina, de suero antiestreptocócico, de cultivos filtrados de estafilococo, sublimado, ácido salicílico, han sido abandonadas depués de ensayarlas.

El tratamiento local, ateniéndose á la experiencia de Poncet y sus discípulos, que han estudiado la actinomicosis bajo todas sus formas, en lugar de quitar los tejidos, raspar los focos, drenar las colecciones purulentas, las masas esclerosas, etc., se reducirá á abrir rápidamente el absceso, reduciendo al mínimum las maniobras quirúrgicas prolongadas, puesto que las operaciones sangrientas favorecen las metástasis, en particular al cerebro y meninges. Las curas serán frecuentes, la limpieza quirúrgica absoluta, sirviéndose del sublimado, del iodo ó de una solución iodo-iodurada.

El tratamiento general será objeto de particular cuidado, resumiéndose en buena alimentación, tónicos, preparaciones arsenicales y permanencia al aire libre. Poncet aconseja exponer el vientre al sol varias horas por día.

---

**Efecto nocivo, aparentemente mortal, del cloroformo en dos casos de cirrosis latente del hígado**, por Foa. *(Gaz. med. ital.* y *Rev. critica di clinica med.*, 2 Marzo 1907.)

Refiere las observaciones de dos enfermos adultos que algunos días después de la operación radical de una hernia inguinal, hecha con anestesia clorofórmica, cayeron en coma y no tardaron en sucumbir.

En la autopsia se encontró la cirrosis vulgar del hígado, en su período atrófico, de la cual nadie se había apercibido antes de la operación.

Siendo el cloroformo tan tóxico como el alcohol para la célula hepática, es verosímil que la anestesia clorofórmica provocó en los dos enfermos, atacados ya de cirrosis latente del hígado, una especie de hepatitis parenquimatosa, puesto que en uno hubo ictericia intensa, y en el otro orinas ictéricas, con evolución rápidamente mortal.

Sería, pues, necesario cada vez que se examina un sujeto, antes de sufrir una operación que exige anestesia clorofórmica, fijar la atención no sólo sobre el corazón, los riñones y el pulmón, sino también averiguar el estado del hígado, aun cuando no haya síntomas manifiestos de afección hepática.

Dr. R. Luis y Yagüe

---

## Ginecología.

**Tratamiento de los abscesos de la mama, sin incisión, por las punciones aspiradoras y las inyecciones de plata coloidal eléctrica de pequeños granos, isotónicas.** (Comunicación de los Dres. Chirié y David á la Sociedad de Obstetricia de París. Diciembre de 1906.)

Los autores de este trabajo han tratado, con excelente resultado y sin cicatriz, cuatro casos de absceso de la mama, cuyo contenido varió entre 5 y 200 centímetros cúbicos de pus, debidos al estreptococo dos veces, una al pneumococo y otra al estafilococo. Las cuatro enfermas curaron en un tiempo corto: de siete á veinte días.

La técnica seguida fué ésta: punción del absceso con un trócar de plata, provisto de su llave, y que se deja colocada después; aspiración del pus y lavado de la cavidad con plata coloidal, de la que debe quedar una pequeña cantidad en la bolsa purulenta para distenderla ligeramente.

Esta maniobra se repite dos ó tres veces al día, y se continúa aun después que el pus resulte estéril.

Los autores del procedimiento se han servido de una preparación de plata coloidal diferente del colargol de Credé, y que consiste en una solución obtenida por el paso de un arco eléctrico entre dos electrodos de plata en agua destilada. Esta solución contiene 25 centigramos de plata por litro de agua, y se esteriliza y hace isotónica por la adición de suero.

Este tratamiento no está llamado, sin embargo, á generalizarse, por ser mucho más sencilla la incisión, cuya huella afecta poco la estética y la integridad funcional de la glándula, en el mayor número de casos, á la vez que acorta el tiempo de la curación.

---

**Indicaciones del tratamiento quirúrgico de los fibromas uterinos.**
(Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Berlín. Octubre 1906.)

En la discusión de tan interesente asunto fué ponente el ilustre profesor Olshausen. Las conclusiones de su trabajo fueron las siguientes:

La intervención cruenta está formalmente indicada siempre que peligre la vida de la mujer; pero esta eventualidad es relativamente poco frecuente, porque raras veces seremos llamados para operar de urgencia por trastornos dependientes de un modo directo de los fibromas uterinos.

No está justificada la opinión de los cirujanos que aconsejan la intervención precoz para evitar á la mujer complicaciones que pueden sobrevenir durante la evolución de los fibromiomas, y, sobre todo, la transformación maligna. Estos accidentes son hipotéticos muchas veces, y su gravedad está lejos de ser siempre proporcionada á la del acto operatorio, ó sea á la de la histerectomía.

La transformación maligna, sarcomatosa, no se presenta en proporción mayor de 2 á 3 por 100; la cancerosa, si el carcinoma aparece en el cuello, no guarda relación causal con el fibroma, sino con la influencia de la edad, igual para ambos procesos por lo que hace á la frecuencia; en cuanto al cáncer del cuerpo del útero, puede tener alguna relación patogénica con el fibroma. Consideradas en conjunto las degeneraciones sarcomatosas y carcinomatosas en los fibromas, se presentan en una proporción de un 5 ó 6 por 100 de los casos.

Olshausen no ha visto jamás sucumbir una mujer por hemorragia incoercible debida á un tumor fibroso; y en cuanto á las alteraciones simplemente anatómicas de los anejos, no constituyen una indicación suficiente para coger el bisturí, sobre todo si se trata de ovarios esclero-quísticos.

De igual opinión fué el Dr. Broese, quien dijo también que no se deben operar los tumores fibrosos que se descubren por casualidad y cuya existencia ignora la paciente, reservando la intervención quirúrgica para los casos en que existan en las paredes uterinas pequeños tumores causantes de trastornos muy intensos y en los de miomas cervicales que perturban de un modo serio la función de la vejiga.

Bockelmann, Flaischlen, Czempin, se expresaron en parecidos términos, declarándose francamente conservadores en el mayor número de casos.

Aunque en nuestros trabajos y en las discusiones mantenidas sobre el mismo tema en la Sociedad Ginecológica Española siempre hemos coincidido con las juiciosas apreciaciones del sabio profesor berlinés, hemos dado, en cambio, mucha importancia como fuente de indicaciones á la posición social de las enfermas.

Así, tratándose de fibromas hemorrágicos, aunque estas hemorragias no sean incoercibles ni maten á la mujer, habrá de tenerse en cuenta esta indicación; pues en tanto que la enferma que cuenta con recursos puede soportar el tratamiento conservador y conllevar su estado, por regla general menos peligroso que la intervención quirúrgica, la enferma pobre, que no tiene más medios de vida que su trabajo, estará condenada á perecer en igual caso si no se interviene quirúrgicamente.

---

**Cápsulas suprarrenales y osteomalacia,** por L. M. Bossi. (*Zentr. f. Gyn.*, números 5 y 6 de 1907.)

Por experimentación en los animales se sabe cómo la sustancia de las glándulas suprarrenales modifica la circulación en los órganos genitales, y se conocen los trastornos que en el ovario determina la extirpación de dichas glándulas.

Fundado en estas experiencias, el Dr. Bossi recurrió, en una embarazada de ocho meses afecta de osteomalacia, á la adrenalina en solución al 1 por 1.000 como medio curativo.

Se trataba de una multípara, en la que el último embarazo fué acompañado de fuertes dolores en las caderas al caminar, dolores que se despertaban también con la presión sobre los huesos, y aun espontáneamente en las articulaciones coxo-femorales. Los huesos de la pelvis, la clavícula, las costillas, estaban doloridas, á tal punto que se vió obligada á permanecer en cama á pesar de los más enérgicos reconstituyentes, sin que le fuera dado conciliar el sueño. En tal estado, se le ocurre al Dr. Bossi practicar inyecciones de medio centímetro cúbico de la solución de adrenalina al 1 por 1.000; y después de la séptima observa que desaparecen los dolores óseos y

que los huesos vuelven á la normalidad. Cuando ya había practicado 17 inyecciones de adrenalina sobrevino el parto espontáneamente y casi á término, siendo de gemelos. El puerperio fué normal, y la paciente cría á sus hijos y se encuentra en buenas condiciones.

En otra embarazada de seis meses, con síntomas típicos de osteomalacia, empleó el mismo tratamiento por la adrenalina, pero inyectando cada vez un centímetro cúbico de la solución. A los doce días cesaron los dolores, y comenzó á caminar apoyada en un bastón.

Las experiencias realizadas en animales por el autor parecen demostrar que es muy racional este método curativo de la osteomalacia, aunque no se atreve á dar la solución definitiva en este asunto.

Actualmente ha extirpado la glándula suprarrenal derecha á una oveja preñada. A los siete días notó que el animal caminaba con dificultad: había curvatura de las articulaciones, así como de los fémures, hacia dentro, estando muy dolorosas estas partes á la presión. El animal no puede caminar, y sigue en observación.

En vista de estos hechos y afirmada la patogenia de la osteomalacia, al parecer, no es absurdo el abrigar esperanzas de que pronto nos hallemos en posesión del medio curativo de esta enfermedad, ya que la teoría ovárica va produciendo bastantes desengaños.

---

**De la autoinfección puerperal desde el punto de vista clínico,** por R. De Bovis. (*Semaine Médicale*, núm. 1. Enero 1907.)

Una de las cuestiones que más controversia han suscitado siempre es precisamente la de la autoinfección puerperal. Negada por Léopold y otros muchos tocólogos que consideran á la vagina como un conducto aséptico y, por consiguiente, proscriben las irrigaciones vaginales y las exploraciones que son el vehículo de los gérmenes patógenos que llegan al útero, es en cambio admitida por Ahlfeld y varios profesores, quienes, por el contrario, aconsejan los lavados vaginales, y no conceden importancia alguna á las exploraciones debidamente practicadas. En este particular, las estadísticas dan la razón á unos y á otros.

Así, Léopold, en treinta y nueve meses en que practicó lavados vaginales, tuvo una morbilidad de 16,8 á 21,7 por 100; en otros treinta y seis meses en que no practicó dichos lavados, la morbilidad fué de 7,7 á 9,2 por 100. Casi en la misma época, Ahlfeld, contrario á la teoría de Léopold, observó en el bienio de 1891-92 una morbilidad de 47 por 100 en las mujeres no lavadas ni exploradas, mientras que antes y después de dicho período, con lavados y exploraciones, la morbilidad se mantuvo en 33 por 100.

De igual modo podríamos ir confrontando estadísticas de distintos profesores que abonan una y otra práctica, como sucede en la nuestra personal.

Después de estudiar extensamente este asunto, concluye el doctor De Bovis que la autoinfección puede definirse de dos modos, según el sentido estrecho ó amplio con que se entiende.

En sentido estrecho, la autoinfección será aquella que aparece en una mujer aparentemente normal; en sentido amplio, en cambio, se entenderá como tal autoinfección la que sobreviene en una mujer que sufre de antemano alteraciones de los órganos genitales. Por esto, dice el autor, el concepto de la autoinfección puerperal es completamente personal, y, en su consecuencia, llama la atención sobre el hecho que en el estudio de la infección puerperal no es posible separar de la influencia del germen patógeno la predisposición individual, lo que, después de todo, forma una de las concepciones de toda la patología, teniendo los autoinfeccionistas el mérito de haber conducido el estudio lo mismo sobre el germen que sobre el terreno en que se implanta. La importancia práctica de esta discusión, según De Bovis, está en que obliga á estudiar más cuidadosamente á las parturientes en lo que respecta á la anamnesis próxima ó remota, para poder darse cuenta de la aparición de una fiebre puerperal en aquellos casos en los cuales los cuidados más rigurosamente observados no la hacían suponer posible.

Dr. Gutiérrez

## Laringología.

**Estudios anatomo-clínicos sobre la pared laberíntica del oído medio,** por el Dr. Benoit-Gouin. (Bordeaux, Enero 1907.)

Es imposible analizar en detalle este trabajo interesantísimo, por lo que trasladamos íntegras sus conclusiones, que dan clara idea de su valor y originalidad:

1.ª La embriología y la patología establecen estrechas relaciones entre la pared interna de la caja propiamente dicha y la pared interna del antro.

2.ª El canal petro-mastoideo, que continúa á la *fosa subarenata*, existe de una manera casi constante, y en virtud de sus conexiones con la pared interna del antro, constituye una vía importante para la propagación de las infecciones auriculares hacia la fosa cerebelosa. La propagación infecciosa se hace por continuidad de tejido entre la mucosa antral y la duramadre cerebelosa, ó por un proceso embolígeno acarreado por los vasos del canal, que comunican con el seno petroso superior y los vasos de la duramadre, propiamente dicha.

3.ª La cara interna del antro *es celular en toda su parte posterior, y sus células comunican ampliamente con los grupos supra-antral, supra-laberíntico y las células mastoídeas, á veces con las células de la pared posterior del conducto auditivo externo. Al fondo de una de estas excavaciones viene á desembocar el canal petro-mastoídeo cuando se prolonga hasta la luz del antro,* y si no, al grupo celular que ocupa el ángulo diedro formado por los canales semicirculares superior y externo. Respondiendo en general á la fosa cerebelosa, la pared interna contrae, en ciertos casos, relaciones bastante íntimas con el seno lateral.

4.ª El canal semicircular externo ú horizontal justifica anatómicamente la primera denominación, y fisiológicamente la segunda. *Su situación, con relación al plano horizontal, está íntimamente ligada á la orientación del vestíbulo laberíntico. Raramente horizontal en el hombre, es casi siempre oblicua hacia abajo, atrás y adentro. El antropoide ofrece los mismos caracteres, más acusados; los cuadrúpedos le tienen francamente horizontal. La disposición observada en el hombre es un vestigio de la rotación incompleta, que ha debido efectuar el canal para adaptarse al plano horizontal cuando la estación se ha hecho bípeda. Los abocamientos de este canal se hacen, para los clásicos, á la pared superior del vestíbulo; nosotros los hemos encontrado siempre en la pared posterior, en el niño lo mismo que en el hombre.* De los tres canales semicirculares, éste es el que tiene relaciones más íntimas con la caja, y el más vulnerable en las otitis medias agudas.

5.ª El facial, en su segunda porción, afecta con la luz del canal semicircular relaciones que varían con la edad. *Le es paralelo en la infancia, ó, si acaso, más próximo por detrás que por delante; en el adulto es lo contrario. Las relaciones más íntimas entre la luz de los dos canales tiene lugar á nivel de la parte preampular del canal externo, hasta el punto de que, á veces, sólo les separa una barrera de una décima de milímetro de espesor; jamás hemos encontrado uua distancia superior á un milímetro.* Bourget pretende que el facial está situado tres milímetros por encima de la ventana oval. Nosotros no comprendemos esta situación, puesto que el acueducto de Falopio cierra directamente la bóveda de la fosa oval; es decir, que un plano rasante al borde superior de la ventana sería tangente á la pared inferior del acueducto.

6.ª La fosa oval comunica á menudo por abajo y atrás con el sinus timpani; la ventana toma su forma de su borde inferior; ocupa la parte declive de la pared externa del vestíbulo, y *cubre, sobre el hueso seco, el primer tercio exterior de la circunferencia del caracol; en el hueso fresco confina con la inserción de la lámina espiral membranosa.*

7.ª *La existencia del sinus timpani es constante en el hombre, y nosotros la hemos visto en el chimpancé. Por sus relaciones, constituye un peligro para el segundo codo del facial. Su desarrollo, coincidente con el del tejido pneumático, obliga á considerarle como homólogo de las células mastoídeas, sirviendo, muy á menudo, de rasgo de unión entre éstas y el grupo del recesus hipo-timpanicus.*

8.ª *La ventana redonda no justifica su nombre. Es triangular á veces, otras oval; contra la opinión clásica, mira abajo, atrás y adentro, no afuera. Es la abertura de la foseta redonda la que tiene esta orientación, debido al rechazamiento hacia afuera, por el caracol, de la pared laberíntica. La diferencia de orientación entre la ventana y el orificio de su foseta se debe á la desigualdad de longitud de las diversas paredes de esta última. La oblicuidad de la ventana es función de la del caracol en su comienzo, y de esto depende, en gran parte, la forma de la rampa timpánica. Esta última aparece, en cortes seriados, diversamente configurada á causa del movimiento de torsión de la lámina espiral, que transforma poco á poco su pared posterior en pared externa.*

9.ª *El promontorio, paralelo al plano del canal externo en el hombre, tiende, en los animales, á hacerse perpendicular, y comunica su movimiento á las dos ventanas que, sobre una misma vertical en el oído humano, se acercan á la horizontal en los otros mamíferos.*

10. *Mientras en la infancia el promontorio confina al suelo de la caja, en el adulto se interpone entre las dos regiones una zona celulosa triangular de vértice exterior. En una de las cavidades pneumáticas de esta zona desemboca á menudo el canal timpánico. A menudo hay comunicación entre este grupo celular y el sub-laberíntico; á veces, por un proceso corrosivo, se encuentra en su lugar un recesus sub-laberíntico enorme.*

11. A veces esta parte declive de la pared interna se ve considerablemente adelgazada por la fosa yugular, lo que crea un peligro para la paracentesis del tímpano. *La fosa debe su forma de cúpula irregular á la desigual resistencia de los tejidos, á cuyas expensas se extiende, y en su movimiento invasor usurpa de las regiones vecinas y viene á formar una elevación en la fosa cerebelosa sobre la pared posterior del peñasco.*

Las dehiscencias de la fosa yugular son raras.

12. El canal carotídeo está siempre situado delante del caracol, sin conexión con la pared laberíntica.

13. Nuestra descripción difiere de la de los clásicos por la ausencia de la pirámide del estribo. Esta elevación nace de la pared posterior, y en ésta debe ser estudiada.

---

**Un nuevo porta-radium para la laringe,** por el Dr. Botey. (*Archivos de Rinología*, núm. 142.)

Estilete de plata con una esfera del mismo metal en un extremo, en la cual coloca Botey el bromuro de radium de 2.000.000 de actividades. Cita un caso de engrosamiento epiteliomatoso de la cuerda derecha, que se resolvió casi completamente en trece sesiones de ocho minutos cada una.

---

**Contribución al estudio de las desviaciones del tabique nasal por el procedimiento de Killian, con tres observaciones,** por el Dr. Botella. (*Boletín de Laringología*, núm. 87.)

Juzga necesario distinguir las desviaciones espontáneas de las traumáticas, pues que éstas, por efecto de consolidación viciosa, pueden ser corregidas con el enderezamiento á lo Moure. *Arch.*, etc.

Cita tres casos operados por él, y concluye diciendo:

La resección submucosa es el procedimiento ideal para corregir toda clase de desviaciones del tabique.

No debe ajustarse la desviación al procedimiento, sino éste á aquélla.

Siendo, en esencia, iguales todos los procedimientos, y variando sólo la forma de la incisión, se elegirá entre éstas la que más facilidades proporcione.

Es necesario, generalmente, hacer previamente la turburectomía del lado opuesto de la desviación.

La sutura de la mucosa no es necesaria.

Por último, operar despacio y bien.

---

**Sobre la operación de Botey-Killian (resección submucosa del tabique),** por el Dr. R. Botey. (*Archivos de Rinología*, núms. 142 y 143.)

Artículo muy documentado, en el que el autor expone su procedimiento de resección submucosa descrito en el primer Congreso español de Oto-rino-laringología el año 1896, procedimiento que hoy se conoce con el nombre de Killian y que se realiza con instrumental muy semejante al suyo y con análoga técnica.

---

**Asma de origen nasal,** por el Dr. Font de Boter. (*Revista barcelonesa de Laringología*, núm. 7.)

Se extirpan los cornetes inferiores, se hace la resección submucosa del tabique, y el asma desaparece al desaparecer la obstrucción nasal.

---

**Un caso de hemorragia consecutiva á la ablación de las amígdalas,** por el Dr. Avalo. (*Revista barcelonesa de Laringología*, núm. 7.)

Se cohibió mediante la compresión de la fosa amigdalina con un tapón impregnado en agua oxigenada.

DR. A. G. TAPIA

## Neurología y Electroterapia.

**Principios de la psicoterapia.—La reeducación,** por el Dr. Pablo E. Levy. (*Le Mois Thérapeutique*, Octubre 1906.)

El autor principia lamentándose de lo poco conocido y estudiado que es este método de tratamiento, que durante largos años se ha limitado á la histeria; y aunque hoy ya se extiende su aplicación á la neurastenia y otros trastornos nerviosos, puede afirmarse que son pocos los médicos que conocen y están en disposición de apreciar la importancia de la acción psíquica colocándola en su verdadero rango.

No es sólo en las afecciones nerviosas propiamente dichas: en toda afección orgánica hay siempre una parte de desórdenes funcionales sobre los que la terapéutica psíquica puede ejercer su acción, y es, por lo tanto, necesario aprender á disciplinarla para darle toda la amplitud y precisión posibles.

Varias son las causas que, según el autor, han impedido el desarrollo de la psicoterapia. En primer, lugar ésta ha sido en cierto modo mal entendida, á lo cual han contribuído no poco las famosas discusiones habidas entre la escuela de París y la de Nancy, que indujeron á estudiar mezclados todos los fenómenos de sugestibilidad, tanto los que tenían por fin una acción terapéutica como las sugestiones experimentales, siendo así que entre ambas debe existir una línea de demarcación absoluta.

Otra de las causas que han estorbado el desarrollo de esta rama de la terapéutica es, sin duda, la prevención y mala inteligencia con que se ha mirado por muchos al médico que de ella hace uso, juzgándole como hipnotizador, sugestionador y nada más, considerando la psicoterapia como una terapéutica aparte que no necesita de los otros medios de acción medicatriz; en una palabra, como si su mecanismo curativo evolucionara fuera de toda regla conocida. Mucha parte de la responsabilidad de esta opinión, demasiado generalizada, corresponde sin embargo á los mismos que de psicoterapia se han ocupado, pues lejos de procurar éstos hacer del método una práctica sencilla y manuable, dando la explicación posible de los fenómenos observados, se han limitado á demostrar con exceso, en virtud de una reacción quizá muy natural, pero ciertamente exa-

gerada, la omnipotencia del espíritu en muchas y súbitas curaciones. Debemos, pues, en adelante, para extender el uso de esta terapéutica, hacerla todo lo más sencilla y metódica posible, aclarando bien que ésta no constituye otra cosa que una sección de la terapéutica general y que no está en modo alguno reñida con los demás medios de acción curativa.

Otra de las causas, ya indicada, pero que conviene aclarar bien, estriba en la errónea opinión, admitida por muchos médicos y por casi la generalidad del público, de que la psicoterapia se reduce toda á una sola fórmula, la de la hipnosis. Dormir y sugestionar durante el sueño, por medio de la afirmación categórica, la idea de la curación ó de la negación de la enfermedad. Nada más falso. La psicoterapia es, según su definición, el conjunto de medios que nos permiten obrar ó influir sobre el psiquismo de nuestros enfermos. No puede, por lo tanto, limitarse á un solo procedimiento uniformemente aplicable á todos los casos; tiende, por el contrario, á penetrar en el espíritu del sujeto y dirigirle, inspirada en las diversas leyes que rigen los fenómenos psíquicos. A todo esto hay que añadir un conocimiento profundo é íntimo de las conexiones, por tanto tiempo misteriosas, que unen estos dos mundos que llamamos lo físico y lo moral. Compréndese, pues, que únicamente la experiencia prolongada y una observación perseverante permitirán ver claro en estas cuestiones tan difíciles y llevar el tratamiento con todo el tacto necesario.

Finalmente, el autor quiere llamar la atención en especial sobre un punto cuya importancia ha hecho ya notar en anteriores publicaciones, y que consiste en que la psicoterapia debe en todo lo que sea posible tomar por punto de apoyo, no la credulidad y la obediencia, sino el llamamiento á la razón, el desarrollo de las facultades de examen del individuo sobre sí mismo. A esta necesaria evolución, bien definida, ha dado el autor las denominaciones tan características de *educación* ó de *reeducación*. Especificando más el carácter de esta terapia, hace notar que no debe cuidarse de mandar, sino de convencer; no de dar al sujeto tratado una impulsión, en cierto modo automática, sino de despertar en él, estimulando su reacción personal, actividades que no estaban más que dormidas.

La psicoterapia no trata de hacer del sujeto un sér puramente pasivo á disposición plena del operador, lo que por otra parte no siempre es realizable, y limitaría el número de casos de su intervención. Por el contrario, quiere que el mismo enfermo contribuya á su curación, que ésta se efectúa, en cierto modo, bajo su vigilancia y con su concurso.

Esta terapéutica podría también definirse como tendiendo á conseguir una *modificación ó rectificación del carácter* de los enfermos.

No hay que pensar—dice el autor—que esta terapéutica, por razonamiento, por persuasión pueda aplicarse uniformemente en todas las circunstancias. Esto sería incurrir en un grave error. Si hemos de llegar á formar una verdadera terapia psíquica, definitiva y racional, no debemos ser exclusivistas, sino guiarnos por un sabio y prudente eclecticismo, no olvidando la definición dada de la psicoterapia: ésta es el conjunto de medios destinados á influir sobre el psiquismo del enfermo.

Por último, no hay que desdeñar tampoco la psicoterapia indirecta, ó sea la que se practica por el intermedio de los medicamentos y medicaciones diversas, etc.

Tales son los principios fundamentales en que ha de basarse, según el autor, la psicoterapia, rama de la terapéutica, que ninguna otra puede reemplazarla, y que de hoy en adelante debe estudiarse con la mayor atención posible, otorgándole el importante lugar que le corresponde entre todas las demás.

---

**La alienación mental en los ejércitos,** por el Dr. Ch. Amat. (*Bulletin général de Thérapeutique,* Janvier 1906.)

Con ocasión de lo observado en el ejército ruso durante la guerra con el Japón en la Manchuria, el Dr. Amat hace un estudio de los servicios de Sanidad militar en los ejércitos en campaña, respecto á los casos de locura, que tan frecuentes son cada día más en las guerras modernas.

En todos los países la Sanidad militar va bien provista de medicamentos y de los medios de cura necesarios, así como de abrigos, camillas, tiendas, barracas, etc., para proteger contra las intemperies á los heridos y enfermos, procurándoles las mejores condiciones para el éxito de las curas. Así es que puede tratarse con la misma facilidad una pneumonía, una disentería, una fiebre tifoidea, que una herida y demás traumatismos propios de estos casos.

Pero hay una clase de enfermos para los cuales nada se prepara ni parece haber ocupado la atención de los Gobiernos el auxilio de estos desgraciados: nos referimos á los que presentan afecciones vesánicas.

Hasta ahora es verdad que estos casos se daban con escasa frecuencia; y cuando alguno era observado, se dejaba ó era enviado á los hospitales de las ciudades próximas. De hoy en adelante, la alienación mental debe ser un factor con el que no puede por menos que contar el servicio sanitario de campaña, dado el notable incremento que esta enfermedad toma de día en día en las guerras entre las naciones más civilizadas.

Ya durante la campaña de Turquía en 1877-78, el número de ca-

sos de locura observado fué anormalmente crecido, y en el curso de la guerra de China en 1900 llegó á tal extremo este número, que los rusos mataban á sus camaradas locos para evitar que cayeran en poder de los torturadores chinos.

Este aumento tan considerable de casos de locura en los ejércitos se explica perfectamente por el cambio que han ido progresivamente sufriendo las operaciones militares y, muy especialmente, la técnica seguida en las verificadas en esta última campaña por los rusos y japoneses.

No se trata ya—dice Mr. Jacoby, médico del Asilo provincial de Orel, en Rusia—de combates más menos personales, á cuya idea está uno acostumbrado desde hace siglos; son, por el contrario, las luchas modernas una especie de carnicería industrial con procedimientos perfeccionados. El peligro, la muerte misma, se presenta ahora bajo formas nuevas, extraordinarias, á las que el espíritu no está preparado, contra las que no hay la posibilidad de tomar la defensiva: un acorazado que en menos de dos minutos arrastra al fondo del mar una dotación de 800 hombres; un disparo de la artillería en el que de un escuadrón de 107 caballos quedan 104 tendidos en tierra; un asalto en el que todos los asaltantes caen á un tiempo para no volverse á levantar; el encuentro de 1.500 minas que por una feliz casualidad no llegaron á estallar, pero que en otra ocasión, tal vez mañana, harán volar enormes masas de hombres. Todo esto hace la impresión más bien de una catástrofe cósmica, tal como un terremoto ó una erupción volcánica, con su cortejo de locos y dementes que siempre llevan tras sí estas especies de cataclismos. La prensa ha dado á conocer los numerosos casos de militares rusos alienados capturados por los japoneses, así como los trenes especiales salidos de la Manchuria, conduciendo á su patria infelices soldados afectos de diversas formas de vesanias.

Si es de observación corriente que los diversos traumatismos, aun los excesivamente ligeros, simples conmociones ocasionadas en pequeños accidentes de ferrocarril, vayan frecuentemente acompañados de trastornos funcionales del sistema nervioso, debidos al estremecimiento de todo el organismo, fácilmente se comprenderá la exaltación particular del nervosismo que sufrirían los escapados á las catástrofes del *Varyag*, del *Bayan*, del *Petropavloski* y á tantas otras.

Estas nuevas formas de la muerte, formas para las que no existe hábito mental, y los estados psicológicos que ellas crean, influyen seguramente sobre las condiciones psico-físicas y sobre la determinación de la morbilidad nerviosa de las tropas en campaña, dando lugar quizá hasta á nuevas formas de enfermedades emparentadas con las neurosis traumáticas é histéricas.

En favor de estos desgraciados llama la atención el Dr. Jacoby, demostrando la necesidad y urgencia de velar por ellos y proporcionarles los auxilios á que son acreedores. Estas víctimas (olvidadas) de la guerra, como las califica, tienen tanto derecho como los heridos á ser atendidas, y demandan tratamiento inmediato; cada día de retraso, cada hora á veces, disminuye las probabilidades de curación.

Es indudable que muchos de estos casos de trastorno mental de naturaleza degenerativa, tratados inmediatamente en un hospital improvisado y algo distante del campo de operaciones, curarían rápidamente si para ellos existiera una asistencia especial.

El Comité de la Cruz Roja de Rusia, muy impresionado ante los argumentos expuestos por el Dr. Jacoby, hace toda clase de esfuerzos por conseguir sean subsanadas estas deficiencias de la Sanidad Militar, y parece que ya se trata de agregar á los cuerpos, médicos especialistas encargados de la hospitalización provisional de los delirantes. La aplicación de los métodos psicoterápicos será de esta manera rápida é inmediata, y, por consiguiente, los resultados tanto más notables.

En Francia se ocupan también en la actualidad de recoger, en beneficio del Ejército, las experiencias hechas por los rusos, justificando así la previsión del establecimiento de un servicio especial de asistencia psiquiátrica.

---

**Meningismo producido por ascárides**, por el Dr. Taillens.
(*Revue des hôpitaux*, Enero 1907.)

El autor ha presentado á la Sociedad Vadesa de Medicina una observación referente á una niña de veintiún meses que presentó el cuadro sindrómico completo de la meningitis tuberculosa, comprobándose casualmente que el padecimiento era sólo debido á la presencia de parásitos en el tubo intestinal.

La importancia de esta observación estriba en que en ella era tan completo el cuadro de la meningitis tuberculosa, que no faltaba, por decirlo así, ni un solo síntoma. Hasta los pródromos habían podido notarse desde veinticuatro horas antes de los primeros síntomas, representados aquéllos por laxitud y modificación del carácter. La fiebre oscilaba entre 38° y 38°,5; el coma fué estableciéndose poco á poco acompañado de rigidez de la nuca, de contracturas de los miembros, de estrabismo, de la raya meningítica y del grito hidrocefálico. En una palabra, el aspecto meningítico era tan absoluto, que parecía no dejar lugar á ninguna duda.

Una dosis de calomelanos que se la administró debió ser, seguramente, la causa de la expulsión de 39 ascárides, é instantáneamente puede decirse que se modificó el aspecto de la enfermita, des-

apareciendo uno tras otro los síntomas alarmantes, y volviendo á su estado normal.

Respecto á cómo puede obrar el parásito para producir estos fenómenos, existen dos teorías que tratan de explicar esta acción: la una mecánica, en virtud de la cual las lombrices producen un traumatismo intestinal, que es el origen de un acto reflejo sobre el cerebro; y la otra tóxica, que explica la aparición de los fenómenos meningíticos por la absorción de productos tóxicos solubles segregados por los parásitos intestinales. Esta última es la más admitida en la actualidad, pues todo organismo vivo, en consecuencia de sus mismos fenómenos vitales, ha de dar origen á substancias nocivas; y si estas substancias, que han de existir en todos los casos de parasitismo intestinal, no dan, en la inmensa mayoría de ellos, origen á esta especie de intoxicación, debe ser debido, sin duda, á que se necesita una cierta predisposición, una susceptibilidad nerviosa particular. También puede explicarse el fenómeno suponiendo que estas substancias segregadas por el parásito sólo son nocivas en ciertas circunstancias, ó bien que las lombrices intestinales, como todos los seres vivos, experimentan la influencia del medio, y según el tubo digestivo en que se encuentran alojadas, serán capaces sus secreciones de adquirir un carácter más ó menos virulento.

El caso presentado por el Dr. Taillens no puede interpretarse de otro modo que como un caso de parasitismo intestinal, en vista de la rapidez con que sobrevino la curación después de ser expulsadas las lombrices.

El diagnóstico, por consiguiente, del meningismo verminoso puede hacerse en extremo difícil en casos como el referido en que el cuadro de la meningitis tuberculosa es tan completo; pero aparte de la extremada rareza de éstos, siempre tendremos un medio seguro de desvanecer las dudas en la punción lumbar y examen microscópico del líquido céfalo-raquídeo. Este se encontrará normal en los casos de meningismo verminoso, presentando, en cambio, las alteraciones que son ya tan conocidas en aquellos de verdadera meningitis.

---

**Tratamiento del histerismo gástrico**, por los Dres. M. Mathieu y J. Ch. Roux. *(Gaceta de los Hospitales.* París, Junio 1906.)

Aunque poco nuevo agregan los autores al tratamiento clásico de los accidentes histéricos graves, el estudio que extractamos es por demás interesante, pues en él se puntualiza de una manera clara y exacta los diversos medios de que disponemos para plantear una terapéutica psíquica y sugestiva en esta clase de enfermos.

Debe empezarse por los procedimientos sugestivos, que suelen dar algunos resultados; pero lo que, sobre todo, es de efecto más se-

guro y duradero, es el despertar la voluntad desfallecida del paciente. La psicoterapia racional, preconizada por Dubois (de Berne), no da grandes resultados.

Para despertar la voluntad no hay más que un procedimiento: determinar una emoción fuerte; el miedo ó el deseo pueden producir un esfuerzo voluntario que no podría obtenerse por los mejores razonamientos. La amenaza es el medio empleado más á menudo; pero si éste no es eficaz, como ocurre á veces en los enfermos adultos, no hay que dudar en recurrir al aislamiento, que constituye el tratamiento de preferencia en todas las variedades de histerismo gástrico. Para que haga su efecto, el enfermo ha de recibirlo como una opresión. Éste sufre al verse privado de la libertad de ver á los suyos, de la facultad de escribir y de recibir cartas. Las enfermas que lloran el primer día de su secuestro, curan.

He aquí las condiciones á que, según los autores citados, ha de responder el aislamiento para obtener de él completo éxito:

1.ª Debe ser absoluto, suprimiéndose toda relación con el mundo exterior, visitas y cartas. Sólo podrá permitirse que el enfermo reciba noticias de su familia por medio de su enfermero, ó mejor por el médico.

2.ª Debe ser de larga duración, pero sin que el médico fije nunca tiempo. El enfermo sólo debe estar convencido de que no saldrá de su aislamiento hasta estar completamente curado.

3.ª Las visitas del médico serán frecuentes para vigilar á la enferma y sostener sus esfuerzos hacia la curación, valiéndose de toda su discreción y de las reglas que la terapéutica puramente psíquica prescribe para estos casos.

4.ª Por último: el aislamiento debe continuarse, disminuyendo su rigor, hasta que el enfermo quede completamente desembarazado de los accidentes histéricos. La amenaza de volver á estar aislado debe repetirse al enfermo durante bastante tiempo, para impedir una recaída.

La ventaja del aislamiento es la de constituir un medio de tratamiento moral enérgico. Con enfermos inteligentes puede aprovecharse la clausura para poner en práctica una verdadera educación de la voluntad.

DR. ENRIQUE VILCHES

---

## Ósteo-artropatias y cirugía ortopédica.

**Sobre la atrofia muscular en la artritis, por Bum.**

La atrofia muscular de los miembros cuyas articulaciones están afectas de lesiones inflamatorias presenta siempre un desarrollo muy rápido y á veces muy grave. Se han hecho numerosas investi-

gaciones para estudiar si esta atrofia era simplemente resultado de la inactividad muscular, si no había otras causas que desempeñasen un papel muy importante en su producción, habiéndose formulado numerosas hipótesis para interpretar las inmediatas relaciones que siempre se han observado entre la enfermedad de la articulación y la atrofia de los músculos correspondientes.

El Dr. Bum determinó el desarrollo de una *gonitis* en la pata derecha y posterior de unos perros, mediante una inyección de 0,3-0,7 centímetro cúbico de una solución de Ag Na á 5-10 por 100. Inmovilizadas después cuidadosamente las dos patas posteriores con un aparato que no ejercía compresión alguna sobre los músculos del muslo, escindió, con intervalos de cinco á diez días, del vasto externo de ambos lados y en posiciones simétricas, pequeños fragmentos, que fueron fijados en Müller y en formol, incluídos en parafina y seccionados. Después de seis ú ocho días de inmovilización, los músculos y los fragmentos escindidos se presentaron al examen macroscópico evidentemente decolorados; la coloración era al principio roja pálida, luego amarillenta.

Después de nueve á veintiséis días de experimentos, encontró, por el examen microscópico, simétricamente aumentados los núcleos, y disminuído el grosor de las fibras musculares; después de una inmovilidad más prolongada, la estriación transversal era menos visible.

Estos resultados macroscópicos y microscópicos, cuando comienza la atrofia, se presentan sin excepción igualmente en ambos lados. Se deben interpretar lógicamente como resultados de la inmovilidad.

Cuando la artritis evoluciona con una violencia extremada, el grado de atrofia no es proporcional al grado de lesión articular. Nunca la evolución de la atrofia es más marcada en el lado enfermo que en el sano. Al contrario, en dos experiencias, la atrofia comenzó por el lado sano. Se han practicado experimentos de comprobación, en los cuales únicamente se inmovilizó el lado sano; la atrofia muscular se desarrolló en todos los casos con los mismos caracteres macro y microscópicos ya citados.

El autor cita una serie de investigaciones parecidas, en las que el procedimiento experimental es el mismo, haciendo en los cortes microscópicos la micrometría de las fibras musculares. Establece una relación entre los valores que encuentra y la fecha del experimento, constituyendo una gráfica que tiene la ventaja de resumir en una línea todos los resultados obtenidos. Las dimensiones de las fibras musculares disminuyen siempre de una manera absolutamente simétrica en el lado enfermo y en el lado sano, cuando se les inmoviliza. Los experimentos de comprobación en los que el lado

enfermo está libre y el sano inmovilizado, han dado siempre un resultado muy notable; que la atrofia aparece al principio de los experimentos de igual manera en el lado sano, inmovilizado, que en el enfermo, libre; pero en este lado llega un momento en el cual la atrofia se estaciona, mientras que en el lado sano é inmovilizado progresa evidentemente.

El autor establece las siguientes conclusiones:

1.ª En los perros, después de una inmovilización durante varios días de los miembros posteriores, se observa en los músculos extensores una atrofia manifiesta, fácil de reconocer mediante el examen clínico, anatómico y microscópico.

2.ª Los caracteres histológicos de esta atrofia son: aumento de los núcleos, disminución de la estriación transversal, disminución del grosor de las fibras musculares.

3.ª La inflamación artificial de la articulación de la rodilla no ejerce una influencia demostrable sobre el comienzo y desarrollo de la atrofia. El dolor de la articulación inflamada es un elemento de autofijación que, desde el punto de vista de la atrofia, produce los mismos resultados que la inmovilización artificial, á lo menos, mientras que todo ensayo de movimiento es doloroso.

---

**Coxitis**, por Mosetig Moorhof.

El profesor de Viena parece querer resucitar la resección de la cadera, caída casi en olvido desde hace varios años, después de haber estado en gran auge.

Su procedimiento es el siguiente: descubre la articulación por el procedimiento de Ollier, reseca el trocánter mayor, quitando ampliamente las partes enfermas. Después rellena la cavidad con el *plombage* yodofórmico, el cual utiliza hace tiempo para obturar las cavidades óseas en la osteomielitis.

Mosetig afirma que no es de temer ningún accidente por intoxicación; la mezcla antiséptica se reabsorbe lentamente á medida que progresa la granulación.

Esta reabsorción progresiva parece ejercer feliz influencia en el estado general de los enfermitos. Merced á este medio, se acorta notablemente la duración de la inmovilidad; al cabo de cinco ó seis meses pueden caminar con el auxilio de un bastón.

(*Wiener medicinische Presse*, 1906.)

---

**Sobre la coxa valga**, por C. B. Tillanus.

La descripción más exacta la debemos á Albert, de Viena: da el nombre de collum valgum á esta deformidad.

Enumera ocho formas diversas; estas formas son las de collum valgum:

1.ª En las parálisis de la pierna.

2.ª En los casos en que está disminuída la actividad de la pierna, sin parálisis.

3.ª En la osteomielitis del hueso ilíaco.

4.ª En el raquitismo.

5.ª En la osteomalacia.

6.ª En los casos de exóstosis múltiples.

7.ª En la luxación de la otra cadera.

8.ª En los casos de genu valgum.

No pudiendo entrar en detalles de las observaciones, enumeraremos los casos de coxa valga traumática descritos por Thiem y mencionados por Lüning y Schulthess; los de las luxaciones congénitas de la cadera; los descritos por Turnez (de San Petersburgo) en tres piezas anatómicas; la consecutiva á la amputación del fémur; el caso de David, de coxa valga primitiva, bilateral, en un niño de cinco años.

El ángulo normal que forma el eje del fémur con el del cuello femoral es de 128° según Mikulicz-Radecki; en la coxa vara disminuye hasta 60° y en la valga aumenta hasta cerca de 180°.

Cita varios casos tratados con éxito, empleando en todos ellos, y recomendando se haga así, la gimnasia, el masaje y el aceite de hígado de bacalao con fósforo, estudiando el origen de la enfermedad en los casos en que ésta no es primitiva.

---

**Estudio de una deformación raquítica de los miembros superiores. Caracteres particulares de los huesos raquíticos á la radiografía,** por Henri Caubett.

Resumimos en este cuadro comparativo los signos que nos han parecido más característicos.

| | HUESO NORMAL | HUESO RAQUÍTICO |
|---|---|---|
| 1.—*Diáfisis*.... | Separación clara del tejido compacto y del canal medular. | Desaparición de la vaina compacta. Tejido reticular invadiendo la totalidad de la diáfisis. |
| 2.—*Región yuxta-epifisaria*. | *a*) Forma normal.<br>*b*) Platillo regular claro terminando la diáfisis. | *a*) Forma aplastada del contorno.<br>*b*) Banda estriada, casi tan excavada como la diáfisis y poco distinta. |
| 3.—*Epifisis*..... | *a*) Volumen normal.<br>*b*) Núcleos óseos epifisarios, claramente visibles en un medio translúcido. | *a*) Abultamiento nudoso.<br>*b*) Mancha amorfa y turbia sin estructura reconocible. |

Por medio de este cuadro, y comparando la radiografía del niño sospechoso de raquitismo con la del niño de esqueleto normal, será posible establecer diagnósticos que el examen clínico por sí solo no podría descubrir.

---

**Deformaciones vertebrales post-traumáticas** (*Enfermedad de Kümmell*), por Grisel.

Kümmell, en el Congreso de Halle en 1891, trató de la posibilidad de existir deformaciones vertebrales análogas á las del mal de Pott, debidas únicamente á las consecuencias de un traumatismo. Verneuil, Heule y Kirmisson dan á conocer asimismo observaciones sobre la referida enfermedad.

El Dr. Grisel cita dos casos observados por él. El primero, una niña de seis años, sin antecedentes patológicos de ningún género. Un día, jugando, recibe un tirón brusco de la ropa, por la espalda, y después de luchar para restablecer su perdido equilibrio cae sentada. La niña da gritos agudos, quejándose de dolores en la espalda; luego se consuela y se duerme.

Por la mañana, observan que tiene una saliente ligera en la región lumbar y está ligeramente inclinada hacia delante.

Vista la niña treinta y seis horas después del accidente, no tiene dolores: se sienta, se acuesta, se levanta sin la menor molestia. En la región lumbar presenta una saliente, debida á la tercera vértebra, y una abolladura regular. En decúbito ventral se observa que desaparece la abolladura, pero no la saliente de la tercera vértebra.

Después de varias alternativas de crisis dolorosas y de calma se la coloca un aparato de escayola; quitado el corsé, á los veintiocho días han desaparecido el dolor y las contracturas, pero persiste la saliente; se prescribe el uso de un aparato con tutores laterales; la niña sigue bien de estado general, pero agravándose manifiestamente su estado local.

La marcha es algo difícil por una marcada elevación de la pelvis en el lado izquierdo, que determina un acortamiento del miembro correspondiente, en el que, al cabo de cierto tiempo, se presentan contracturas y sacudidas bruscas.

Radiográficamente se observa la desaparición del disco intervertebral que separa las vértebras tercera y cuarta lumbares, la torsión de la segunda y tercera, y una lesión, difícil de precisar, consistente en una mancha más oscura correspondiente al pedículo derecho de la tercera vértebra ya citada, mancha que está desplazada hacia arriba; por encima y por debajo se observa la flexión compensadora del raquis.

Todas estas lesiones se explican muy bien por el modo de caer la niña.

La enfermedad de Kümmell es difícil de diagnosticar, por ser el traumatismo el factor etiológico principal de todas las espondilitis: osteomielitis tífica, sifilítica, tuberculosa, actinomicósica, reumática, crónica, histero-traumática, heredo-traumática, todos los cuales se caracterizan por dolores y cifosis. Quedando en los límites de la práctica corriente, la duda existe entre la histeria traumática, el mal de Pott y la lesión puramente traumática.

En presencia de un enfermo que tiene una gibosidad con debilidad en las piernas y exageración de reflejos, y que achaca el principio de su enfermedad á un traumatismo, si el estado general es bueno, no hay signos de tuberculosis ganglionar ó visceral, se debe admitir, hasta que se pruebe lo contrario, que la enfermedad es debida únicamente á un traumatismo, sin la intervención de una infiltración tuberculosa.

El segundo caso es un hombre de cuarenta y un años. Haciendo un gran esfuerzo para levantar un peso, recibe un fuerte empujón que lo tira contra el suelo, no pudiéndose levantar. Trasladado al hospital, se observa desde el primer día parálisis completa de los miembros inferiores. En la región dorsal inferior tiene un ligero abultamiento y grandes dolores.

Pasado un año, durante el cual ha tenido colocado un corsé de escayola, el enfermo continúa con el tronco muy doblado hacia delante, necesitando el apoyo de un bastón para andar. Los miembros inferiores tienen la motilidad intacta, así como la sensibilidad.

Amén de otros síntomas secundarios, la ausencia de abscesos por congestión y lesiones pulmonares revelan el origen puramente traumático de la enfermedad. Se le recomienda el uso de un corsé de cuero moldeado para evitar siga inclinándose el tronco.

(De la *Revue d'Orthopedie de Kirmisson*, 1907.)

DR. JOSÉ DE PALACIOS Y OLMEDO

## Proctología.

**Cuerpo extraño poco común en el recto:** *(La Quincena Médica,* Enero de 1907.)

M. Heyermans fué consultado por una mujer que se quejaba de fiebre, de cefalalgia y de dolores durante la defecación. Por otra parte, había notado que por el ano salía un cabo de bramante, y que los dolores aumentaban cuando se tiraba de él.

Nuestro comprofesor pudo convencerse de que las afirmaciones de la paciente eran fundadas, y examinándola de cerca reconoció

que la extremidad de la cuerda, oculta en el recto, estaba provista de un anzuelo sólidamente prendido de un pliegue de la mucosa rectal.

Una pequeña incisión en dicha mucosa permitió extraer cómodamente el anzuelo, cuya longitud era de tres centímetros, y la anchura, al nivel de la curvatura, de un centímetro; la longitud del bramante era de seis centímetros. El anzuelo estaba provisto de lengüetas puntiagudas. La mujer se acordó de que había comido pescado diez días antes de aparecer los primeros signos de indisposición; por lo tanto, había tragado el anzuelo con el pescado.

El autor es de opinión que este caso constituye una indicación en lo que concierne al tratamiento de los cuerpos extraños de las vías intestinales. No conviene recurrir á una intervención quirúrgica antes de que aparezcan signos de cierta gravedad.

---

**Tratamiento de las heridas penetrantes del recto.** *(Semaine Médicale,* Février 1907.)

El Dr. Delorme aconseja el drenaje de las heridas rectales, cuando no puede hacerse la laparotomía por cualquier causa, y cita á propósito un caso de M. Vignol (médico militar), el cual recurrió con éxito á este procedimiento en un soldado que había recibido un bayonetazo que le alcanzó á la vejiga, obteniendo la curación.

---

**Causas del prurito anal.** (*Siglo Médico,* Enero de 1907.)

El Dr. T. C. Hill, de Boston, ha hecho una recopilación sobre las causas del prurito anal, y las resume en estos cinco grupos:

1.° Las más comunes son las pequeñas ulceraciones y erosiones de la mucosa.

2.° El catarro de la mucosa rectal que va acompañado de prolapso produce algunas veces prurito.

3.° Las hemorroides externas y las pequeñas fisuras de la piel del ano.

4.° Inflamación é irritación de las pequeñas válvulas y repliegues del ano; y

5.° Los pólipos de poco tamaño, hemorroides internas prolapsadas, los prolapsos de la mucosa y las fisuras anales.

A más del procedimiento general de hacer desaparecer la causa por procedimientos quirúrgicos, el autor emplea con gran éxito el nitrato de plata y el aceite de limón.

---

**Prolapso rectal del niño.** (*Gazzeta Medica di Roma*, Gennario de 1907.)

Como la hernia inguinal en el niño, el prolapso rectal suele curarse espontáneamente en muchas ocasiones, á condición de fortificarlos y emplear discretamente un buen aparato contentivo, por lo cual debe esperarse siempre antes de emprender las operaciones cruentas aconsejadas. Esta es la opinión del Dr. Tomoff, que transcribo sin comentarios.

---

**Tratamiento de las hemorroides por las inyecciones de alcohol fenicado con ligadura temporal.** (*La Semaine Médicale*, 6 Mars 1907.)

El Dr. E. Franck (de Berlín) aconseja la siguiente técnica: Después de haber afeitado y desinfectado bien la región, como en las grandes operaciones, se coloca al enfermo en la posición de la talla y se le hace la anestesia local. Todo alrededor del ano se barniza de aceite fenicado ó vaselina bórica, y se le rodea haciendo compresión de todos los vasos. Por la base del nódulo hemorroidal que se ha de operar, se pasa un aprietanudos de los que se emplean para la extirpación de los pólipos de la nariz, armado de una ligadura metálica de regular espesor; hecho esto, se inyecta profundamente en el centro del tumor la quinta parte del contenido de una jeringa de Pravaz que contenga una solución de alcohol fenicado al 50 por 100. No es preciso inyectar más cantidad, ni en diferentes sitios, porque el líquido, haciendo esto, puede salir de nuevo por el primer orificio, haciendo ineficaz la inyección.

Tan pronto como la masa hemorroidal toma un color gris azulado, que se vuelve blanco y duro á los cinco ó diez minutos, puede quitarse la ligadura, cuidando de no emplear el iodoformo en la cura, por ser demasiado irritante en esta región.

Al cuarto ó quinto día se le purga con aceite de ricino, pudiendo estar en un sofá. Al octavo día el nódulo está completamente arrugado, y la caída es completa á las tres ó cuatro semanas.

Con este procedimiento, aun en los casos más desfavorables, el operado puede volver á sus ocupaciones desde el décimo día.

---

**Tratamiento de las fístulas ano-rectales.** (*Société de Chirurgie*, Séance du 27 Février 1907.)

M. Tuffier—ponente—dice: Me habéis encargado de informaros sobre un trabajo de M. Jeanne (de Rouen), relativo al tratamiento de las fístulas ano-rectales extraesfinterianas, sin incisión del esfínter ni de las paredes rectales. Esta Memoria está basada en tres hechos. En el primer caso se trata de una mujer de cincuenta y nue-

ve años, con una fístula antigua isquio-rectal; nuestro colega escindió el trayecto fistuloso todo entero, hasta debajo del orificio rectal, que suturó; la curación fué obtenida en tres semanas, gracias á las curas metódicas desde el fondo á la superficie. En la segunda observación M. Jeanne opera de la misma manera una mujer de cuarenta años, una fístula isquio-rectal análoga á la anterior, obteniendo también resultado satisfactorio. Una fístula ciega externa, que databa de seis años, es el tercer caso, en el que también la curación se consiguió, sin incidentes, con el citado procedimiento y las curas metódicas consecutivas.

---

**Fisura de ano.** (*Dervault.* —Vigésimoséptimo suplemento.)

POMADAS

D.e

| | | |
|---|---|---|
| Cloruro de cocaína | aa. | 20 centigramos. |
| Anestesina | | |
| Extracto de belladona | | 10 » |
| Vaselina | | 20 gramos. |

Introducir una mecha de gasa impregnada.

KALB

D.e

| | |
|---|---|
| Extracto de ratania | 2 gramos. |
| Estovaina | 40 centigramos. |
| Vaselina | 40 gramos. |

M.e

D.e

| | |
|---|---|
| Ungüento populeón | 30 gramos. |
| Extracto de ratania | 2 » |
| » de belladona | 20 centigramos. |

M.e

D.e

| | |
|---|---|
| Extracto de belladona | 50 centigramos. |
| Cocaína | 5 » |
| Ictiol | 6 gramos. |

Calentarla y agitarla antes de usarla.

Antes de emplear cualquiera de las precedentes fórmulas debe tocarse la fisura con el lápiz de nitrato de plata mitigado.

KATZENSTEIN

---

**Hemorroides.** (*Dervault.*—Vigésimoséptimo suplemento.)

Pueden asociarse con éxito en el tratamiento de las hemorroides la estovaína, que calma el dolor, y la adrenalina, que descongestiona la mucosa y contiene la hemorragia. Las hemorroides pueden

dar sangre y ser ó no proicidentes. En el primer caso el enfermo debe cada tres ó cuatro horas lavarse la región del ano con agua hervida tibia, y después de seco aplicar un tapón de algodón mojado en la preparación siguiente:

| | |
|---|---|
| Estovaína ..... | 50 centigramos. |
| Disolución de adrenalina al 1 por 1.000. | 50 gotas. |
| Agua..... | 20 gramos. |

M.e

Encima del algodón se aplica un trozo de hule de seda.

Si las hemorroides no son proicidentes, se emplean supositorios de los mismos medicamentos, pero añadiendo diez centigramos de *ortoformo* á cada uno.

---

**Oxiuros rectales.** (*Le Monde Médical.*)

D.e

| | |
|---|---|
| Sulfato de hierro..... | 3 gramos. |
| Glicerina..... | 50 » |
| Agua ..... | 250 » |

M.e

Para un enema aplicado varios días seguidos después de la defecación.

D.e

| | |
|---|---|
| Musgo de Córcega..... | aa. 10 gramos. |
| Semencontra..... | |
| Agua hirviendo..... | 200 » |

Infúndase y cuélese. Un enema después de defecar y varios días seguidos.

---

**Prurito del ano.** (*Dorvault.*—Vigésimoséptimo suplemento.)

D.e

| | |
|---|---|
| Mentol..... | 50 centigramos. |
| Extracto fluido de hamamelis ..... | 15 gramos. |
| » » de hydrastis .... | aa. 5 » |
| » » de hojas de castaño de India ..... | |
| Aceite fenicado al 3 por 100..... | 35 » |

M.e

Para tópico.

---

**Del estreñimiento.** (Dr. Fraussard. *Th. de Paris.*)

He aquí las principales conclusiones de este interesante trabajo:

El estreñimiento no es siempre un fenómeno patológico.

Para que tal sea, es preciso que esté comprendido en la siguiente clasificación:

*Cualitativo, cuantitativo y horario.*

Siempre que la persona necesita grandes esfuerzos, bien por atonía, volumen ó sequedad de los excrementos acumulados en el recto, existe la forma *cualitativa*.

Cuando la cantidad expelida sea menor de 180 gramos, cifra aproximada según Lasegue, el estreñimiento será *cuantitativo*.

Finalmente, todo individuo adulto que no haga una deposición diaria, sin molestias de ningún género, habiendo tenido anteriormente dicha costumbre, padece del estreñimiento *horario*.

DR. F. MARTÍNEZ SUÁREZ

## Vías urinarias.

**Afección renal hematúrica rara,** por el Dr. Taddei. Clínica quirúrgica de Florencia del profesor Burci. (*Annales des maladies des organ. génito-urinaires*. París, Enero 1907.)

La observación objeto de esta comunicación es de alta importancia para la cirugía renal, no ya sólo por su rareza, sino por la dificultad diagnóstica clínica y anatomo-patológica.

Historia del caso: M. Rosa, de veintitrés años de edad, natural de Florencia, casada, entra en la clínica quirúrgica el 21 de Mayo de 1906.

Padre muerto de cardiopatía, madre fallecida de tumor gástrico. Nada de particular en sus antecedentes personales; casada á los veinte años con un hombre sano, tuvo un niño al año y medio. En el otoño de 1904 apercibe que sus orinas tienen coloración rojo-oscura; esta hematuria, producida sin causa apreciable, no se acompaña de sufrimiento ni se modifica con el reposo ó el movimiento; dura un mes poco más ó menos, y desaparece lentamente; transcurre un año, creyéndose la enferma curada, cuando en Noviembre de 1905 reaparece la hematuria con los mismos caracteres; la paciente dice que ha adelgazado considerablemente. Evolución apirética, sin tos ni sudores nocturnos.

Al examen se nota mal estado general, adelgazamiento, palidez intensa de piel y mucosas, dando resultado negativo el reconocimiento de los diversos órganos y aparatos.

A la palpación de la región renal derecha no se observa más que un ligero dolor cuando dicha palpación es bimanual y profunda. Nada en el riñón izquierdo ni en los uréteres.

Examen de las orinas: cantidad, de 600 á 800 c. c.

Peso específico: 1.017.

Reacción neutra ó débilmente alcalina.

Aspecto turbio.

Coloración rojo-oscura.

Urea, entre 12 y 17,4 por 100.

Albúmina: después de filtración y centrifugación de la orina, no puede demostrarse la existencia de dicho cuerpo.

Ausencia de azúcar, pigmentos biliares y acetona.

Fosfatos y cloruros abundantes.

Escasos carbonatos.

Sedimento: abundantes glóbulos rojos; mayor cantidad de glóbulos blancos que en sangre normal; algunos cristales úricos, escasos de oxalato cálcico, así como también células de las capas superficiales de la vejiga; resultado negativo respecto á bacilo de Koch; igualmente negativas las inoculaciones practicadas bajo la piel de la región inguinal de conejos de Indias.

Al examen cistoscópico se observa la mucosa vesical amarillo-anaranjada, con sus arborizaciones vasculares comunes; por el uréter derecho, cuya abertura es oval, ligeramente tumefacta y con arborización vascular abundante, se ve la eyaculación sanguínea. Uréter izquierdo normal, eyaculación incolora.

El 22 de Mayo se hace la separación intravesical de la orina con el aparato de Luys; á la derecha se obtienen eyaculaciones ureterales arrítmicas de tres ó cuatro gotas de orina turbia, rojo-oscura; á la izquierda, eyaculaciones rítmicas de tres á cinco gotas de orina clara, amarillo-pálida.

ANÁLISIS DE LAS ORINAS

| DERECHA | IZQUIERDA |
|---|---|
| Reacción ácida débil. | Reacción ácida. |
| Turbia. | Amarillo-pálida. |
| Rojo-oscura. | Urea: 9,6 por 1.000. |
| Rica en albúmina. | Sedimento: escaso. |
| Urea: 7,9 por 1.000. | Algunos cristales úricos. |
| Sedimento: abundante. | Escasas células vesicales. |
| Glóbulos rojos y blancos. | Glóbulos blancos variados. |

La inyección unilateral de solución fisiológica demuestra estar bien hecha la separación; duración de la aplicación del instrumento, veinte minutos.

Fórmula leucocitaria:

| | |
|---|---|
| Linfocitos | 37,5 por 100. |
| Mononucleados medios | 17,5 por 100. |
| Mononucleados grandes | 6,3 por 100. |
| Polinucleados neutrófilos | 37,5 por 100. |
| Eosinófilos | 1,2 por 100. |

Los diferentes exámenes practicados demuestran, indudablemente, que la sangre proviene exclusivamente del riñón derecho; pero si es verdad que el diagnóstico del sitio está hecho, no ocurre lo mismo respecto á la naturaleza de la lesión.

Es natural que en este caso se sospeche de todas las afecciones renales, unilaterales y hematúricas, en primer término de la tuberculosis; y aunque la investigación respecto al bacilo de Koch haya sido negativa, no se puede excluir de un modo absoluto la naturaleza tuberculosa de la enfermedad.

Desechando la idea de calculosis renal, de nefritis toxi-infecciosa hematúrica, de nefritis tóxica, de hemorragia discrásica, de hemorragia parasitaria, de tumor renal, de hematuria histérica, hemofílica, leucémica y esencial, abona la idea de aceptar el diagnóstico de tuberculosis renal del lado derecho de tipo hematúrico; con dicho diagnóstico procedió á la intervención quirúrgica el Dr. Burci el 29 de Mayo de 1906.

Puesto el riñón al descubierto por vía lumbar, aparece pequeño, de consistencia blanda, coloración normal, con algunas depresiones superficiales; pelvis normal, uréter ligeramente aumentado de volumen. Siendo insuficiente el examen externo para determinar la naturaleza de la lesión, practícase la nefrotomía exploradora; incindido el riñón en su borde convexo hasta la pelvis, previa compresión digital del hilio, no se observa lesión alguna capaz de explicar la hematuria; excepto el aspecto un poco más oscuro de la sustancia renal, nada se encuentra especial macroscópicamente.

Examinando detenidamente la mucosa de la pelvis, se observa, al mismo tiempo que su palidez, la existencia en su superficie de nódulos translúcidos y grisáceos, semejantes al período inicial de los tubérculos miliares del peritoneo; se piensa, pues, en una tuberculosis miliar primitiva de la pelvis, sin localización en el parénquima renal, abonando esta idea el aumento de volumen del uréter. Decidida la nefrectomía, quítase el riñón sin ninguna dificultad, siendo dada de alta la enferma el 19 de Junio siguiente.

Examen anatomo-patológico: Diferentes pedazos de riñón, pelvis y uréter fueron inyectados bajo la piel del abdomen de dos cobayas sin resultado alguno; he aquí las lesiones que se observaron en distintos cortes después de fijados é incluídos en parafina:

1.° Degeneración turbia difusa de los epitelios, sobre todo de los *tubuli contorti,* no tan acentuada en los tubos rectos; las células epiteliales es difícil diferenciar una de otra por desaparición de los límites celulares y desprendimiento de la membrana basal; en ciertos canalículos se reduce el epitelio á una masa granulosa homogénea que ocupa la luz de los tubuli, pero sin relación con sus paredes; en otros tubuli, cuya luz está dilatada ó reducida, no se encuen-

tran ni indicios de hemorragia reciente ó antigua endo ó extracanalicular; vasos y tejido conjuntivo intersticial, normales.

2.° Infiltración parvi-celular en relación con ciertos puntos de la periferia del riñón; zonas de depresión; estos elementos tienden á penetrar en la profundidad de la sustancia cortical siguiendo el curso de las arteriolas interlobulares.

3.° Esclerosis glomerular dentro del área y en la vecindad de estas zonas de infiltración; obsérvase en estos glomérulos atrofia y desaparición de los elementos epiteliales.

4.° Formaciones pseudo-glandulares y quísticas del epitelio de la pelvis y del uréter.

5.° Presencia de abundantes folículos linfoides en el corion mucoso de los cálices, pelvis y tractus superior del uréter.

6.° Presencia de algunos folículos linfoides en el espesor de la capa adventicia del uréter.

7.° Infiltración parvicelular parcial ó total de los vasos de la pared de la pelvis.

El autor pregunta: ¿cómo deben interpretarse estas lesiones? Este caso es evidentemente análogo al observado por Solieri y Zanellini bajo el epígrafe *Hemorragias debidas á folículos linfoides submucosos de la pelvis renal*, cuyo diagnóstico de unilateralidad de lesión fué hecho por cateterismo ureteral después de epicistotomía. Dichos autores excluyen la naturaleza tuberculosa de la afección por inyección de tuberculina en el enfermo, por la investigación del bacilo de Koch en la orina y en los tejidos, y por las inyecciones en los cobayas; para ellos constituyen los folículos una localización aberrante de los gérmenes embrionarios, haciendo derivar de la alantoides la pelvis renal.

Veamos ahora las razones en que se apoya el autor para no admitir la interpretación anterior: en primer lugar, la gran cantidad de folículos linfoides en la submucosa de la pelvis renal es anormal; en segundo término, no todos los embriólogos están de acuerdo respecto al origen alantoídeo de la pelvis renal; los recientes tratados consignan que los conductos excretores del riñón provienen del canal de Wolff; mas aparte esto, es lógico pensar que la causa de todas estas alteraciones debe considerarse adquirida, no congénita.

Para llegar á una conclusión lo más aproximada á la exactitud, es preciso resolver primero la cuestión de si las porciones de infiltración parvicelular de la sustancia cortical del riñón deben considerarse como focos de infiltración inflamatoria ó como masas de tejido linfoide. En favor de la primera hipótesis se aducen los siguientes argumentos: presencia de esclerosis en los glomérulos, lesión de degeneración difusa del parénquima renal, retracción de los puntos donde existen estos focos por atrofia de los elementos epiteliales; si

se admite la segunda hipótesis, se impone el diagnóstico de linfadenia primitiva del riñón y de la pelvis; hoy se sabe que el proceso linfadénico puede producirse primitivamente en todos los territorios donde exista tejido linfático, aunque sea rudimentario, y los estudios de Banti demuestran que las linfadenias parecen depender de un proceso atípico (ó neoplásico) de naturaleza infecciosa.

El autor, después de extenderse en alguna otra consideración, deja sin resolver la cuestión, llamando la atención hacia otro síntoma, la hematuria, de la que dice que, sin poder precisar su origen, la cree debida á lesiones glomerulares de arteriolas interlobulares, y desechando en absoluto la idea de hematuria esencial, aunque así pudiera sospecharse, fiados sólo en el examen macroscópico.

---

**Urétero-cistostomía,** por el Dr. Henry Pons. (*Annales des maladies des organ. génito-urinaires.* Paris, Enero 1907.)

Trátase de una mujer de veintinueve años que ingresó en el servicio del profesor Imbert, del Hôtel-Dieu de Marsella, aquejando desde hace dos meses vivos dolores uterinos irradiados á la pequeña pelvis, acompañados de metrorragias ligeras é irregulares. El tacto y el especulum permiten observar que los anteriores fenómenos son debidos á un proceso de apariencia epiteliomatosa; el labio posterior del hocico de tenca ha sido por completo destruído; no parece que el fondo de saco vaginal está invadido; el útero, un poco aumentado de volumen, está bastante móvil. Dicha enferma presenta además en los miembros inferiores una porción de cicatrices de gomas sifilíticos; y si bien es verdad que la lesión uterina es de origen neoplásico, y por consiguiente independiente de su afección específica, sométese á la paciente á inyecciones intramusculares de calomelanos, con las que, lejos de encontrar mejoría, se aumentan los dolores.

Procédese á la histerectomía abdominal total; sección del ligamento ancho izquierdo y después del derecho; obsérvase que las paredes vaginales están invadidas en una pequeña extensión y que existe un nódulo en la base del ligamento ancho derecho englobando el uréter; sección del mismo á su entrada y salida del tumor, lo que representa una longitud de 2 centímetros próximamente; extirpación de útero y anejos. Hecha la hemostasia, incíndese la vejiga cerca del vértice, previa introducción de una sonda metálica en su cavidad; el uréter se implanta en la herida, á la cual se fija por diez ó doce puntos de sutura con catgut núm. 0; la herida vaginal había sido suturada con catgut, dejando un tubo de drenaje; sutura de peritoneo y de paredes en dos planos, dejando drenaje; en la vejiga déjase una sonda de Pezzer. Tres semanas escasas después de la ope-

ración es dada de alta la enferma, curada, demostrando un examen cistoscópico el buen funcionamiento del nuevo meato ureteral.

Esta observación es interesante, no sólo por la relativa rareza de la operación misma, sino por la elección de la intervención en caso de neoplasma uterino. En esta mujer, el tacto combinado á la palpación no había revelado ninguna adherencia del útero; se creyó fácilmente extirpable, así como tampoco podía sospecharse que el uréter estuviese englobado; parecía todo ello favorable á la intervención por vía vaginal.

El autor dice: aun en estos casos es preferible y más segura la vía abdominal; en efecto: en éste, la sección del uréter hubiese sido segura al intervenir por vagina, y pasar desapercibida. La histerectomía abdominal permite remediar en la misma sesión estas complicaciones operatorias.

---

**Resultados comparativos entre la prostatectomía perineal y la suprapubiana,** por el Dr. Pousson, de Burdeos. (*Ann. des maladies des organ. génito-urinaires.* París, Febrero 1907.)

La lucha tanto tiempo sostenida entre la vía perineal é hipogástrica como medio de acceso á la vejiga para la extracción de cálculos, extinguida desde la restauración de la antigua talla de Franco por Petersen, se ha reanudado con motivo de la intervención en la hipertrofia prostática. La vía perineal, seguida por los cirujanos franceses, comenzó á perder terreno con la aparición del método hipogástrico, inaugurado por Füller en Norte-América y Freyer en Inglaterra. Y si es cierto que el profesor Albarrán, paladín en Francia de la cura radical de la hipertrofia prostática, sigue fiel á la primera, Legueu y otros dan preferencia á la segunda, cuando no á los métodos combinados. Y he aquí lo que á este propósito dice el distinguido é ilustradísimo urólogo bordelés Pousson: después de haber sido un entusiasta partidario de la prostatectomía perineal por los recelos que me inspiraba la vía transvesical, hoy me decido por la segunda, justificando esta evolución el análisis de 50 observaciones de prostatectomía total por una y otra vía.

La primera razón es consecuencia de la simplicidad anatómica de la región que se atraviesa para extirpar la próstata por vía suprapubiana, y de la complejidad de planos de la región perineal; por arriba, el único obstáculo es el fondo de saco peritoneal, fácilmente evitable colocando al enfermo en posición de Trendelenburg; por el periné el bulbo y el recto son difíciles de respetar, y aunque con los medios actuales de hemostasia y antisepsia no encierran estos accidentes la gravedad de antes, tienen bastante importancia.

La segunda razón en pro de la prostatectomía transvesical es la gran facilidad de la enucleación por este método, que al decir del

autor, aun en los sujetos gruesos no es obstáculo el panículo adiposo.

La hemorragia post-operatoria es uno de los accidentes más enojosos por vía hipogástrica; sin embargo, Pousson dice que le ha sido fácil, usando un separador provisto de lámpara eléctrica, cerrar los vasos que sangraban por ligadura, con termo-cauterio ó haciendo un taponamiento.

Una de las grandes ventajas de la prostatectomía perineal es la seguridad que ofrece el drenaje contra los accidentes que pueden sobrevenir de la estancación de orina en el fondo de la vejiga; á pesar de esto, Pousson afirma que el drenaje se puede igualmente hacer por vía hipogástrica con tubos de grueso calibre como los de Guyon-Perier ó el de Freyer.

En cuanto á la cicatrización de la herida, calcula cuatro semanas para la vía hipogástrica y cinco para la perineal, estimando ventajoso abreviar cuanto sea posible la permanencia de los enfermos en la cama.

Con relación á los resultados lejanos de los dos métodos bajo el punto de vista del restablecimiento de la micción y evacuación completa de la vejiga, dice que aun no puede considerarlos como definitivos. Si en ciertos prostatectomizados vuelve á presentarse la retención, á causa, según se cree, de la hipertrofia de porciones que quedaron de la glándula, la vía suprapubiana permite la enucleación más regular y completa.

---

**Destrucción del riñón derecho, seguido de edema laríngeo y pericarditis supurada,** por el Dr. Benoit. *(Ann. des mal des organ. génito-urinaires.* París, Febrero 1907.)

En el servicio del profesor Foucher es admitido un enfermo de treinta y dos años de edad amenazado de asfixia por edema laríngeo; se le trata con aplicaciones de hielo, inhalaciones de oxígeno y estimulantes, con lo cual desaparece el edema; pero persistiendo tos, expectoración mucosa y un poco de disnea, se le envía á una sala de medicina.

Examinado, presenta: bronquitis extensa acompañada de congestión pulmonar y elevación de temperatura, sin notarse nada anormal en el corazón ni en otros órganos; prescríbense expectorantes; el análisis de orina sólo señala de particular indicios de albúmina. Lejos de mejorarse el enfermo, persiste la disnea y la fiebre, que toma el carácter regular y remitente; el pulso se deprime y torna irregular, por lo que nuevamente se examina el corazón, encontrándose derrame considerable en el pericardio, y aunque no hay abombamiento, el área de macidez precordial es más de doble que la nor-

mal; el choque de la punta es apenas perceptible, y los ruidos se oyen con dificultad. Al día siguiente, y en vista de la agravación del paciente, se le punciona el pericardio con un trócar de mediano calibre, sacando un litro de pus, obteniéndose pasajera mejoría; á los cinco ó seis días se encuentra el enfermo en estado asfíctico; cianosis generalizada, extremidades frías, pulso pequeño, depresible é intermitente; llamado á toda prisa el Dr. Mercier, practica, previa anestesia stovaínica, una pericardiotomía, resección de la quinta costilla, abertura del saco pericárdico, evacuación de dos litros de pus, drenaje con dos tubos de caucho: la mejoría es inmediata, continuando todo el día siguiente; mas por la noche reaparece el edema laríngeo hasta tal punto que es necesaria la traqueotomía; sucumbiendo el enfermo algunas horas después.

Datos necrópsicos: edema considerable de laringe, acompañado de congestión de tráquea y gruesos bronquios; pericardio muy engrosado con falsas membranas en las dos hojas, y ligeramente adherido á la pared torácica; corazón engrosado; hígado de volumen normal y congestionado; riñón derecho destruído y transformado en una enorme bolsa quística llena de serosidad; riñón izquierdo enorme, congestionado, capa cortical gruesa, cápsula no adherente; los demás órganos, normales.

La observación completa del enfermo puede resumirse así: destrucción total del riñón derecho, probablemente por hidronefrosis ó por degeneración quística, que permaneció latente gracias á hipertrofia compensadora del riñón izquierdo, falta brusca de la compensación á consecuencia de intoxicación alcohólica, que hace estallar los accidentes del edema laríngeo, acompañado ó seguido de pericarditis supurada.

La asociación del edema laríngeo y de la pericarditis supurada es un hecho interesante; la supuración del pericardio no es frecuente, salvo en los casos de supuraciones de vecindad; en este enfermo era debida al pneumococo, que en cantidad considerable existía en el pus. ¿Pero cuál fué el agente provocador que localizó la infección pneumocócica? ¿Fué la misma causa que motivó el edema laríngeo? ¿Ó debe relacionarse esta infección con la bronquitis y congestión pulmonar? La respuesta no es sencilla.

Al mismo tiempo, no parecía muy clara la causa del edema; desde luego hizo pensar en fenómenos brígthicos ó urémicos, pero el enfermo no ofrecía ningún signo que confirmase esta sospecha; tampoco pudieron encontrarse estigmas tuberculosos ni sifilíticos.

Trátase de un individuo alcohólico en el que la enfermedad hace su aparición brusca á continuación de una fiesta prolongada, en la que hizo copiosas libaciones de cerveza y champagne. Terminada dicha fiesta, acuéstase el enfermo (sin notar otros síntomas que la

pesadez propia del alcohol), durmiendo seis ó siete horas, al cabo de las cuales se despierta sintiendo fuerte dolor en la región precordial; tomó un calmante y volvió á acostarse hasta el día siguiente, en que nota por la mañana dificultad en la respiración; quiere beber una taza de té, experimentando mucha dificultad para tragar, en vista de lo cual consulta con un especialista, que diagnostica «edema laríngeo» y le aconseja ingrese en el hospital.

Tal es, en extracto, el interesante caso publicado por el doctor Benoit.

---

**Tuberculosis hipertrófica estenosante de la uretra femenina,** por el Dr. Henri Hartmann. *(Ann. des mal. des org. génito-urinaires.* París, Marzo 1907.)

En la consulta del Dr. Hartmann, de París, preséntase una mujer de veintisiete años, quejándose de continuos deseos de orinar, vaciando la vejiga á costa de esfuerzos y dolores, trastornos que se remontan á seis años de fecha, en cuya época consulta con un médico, que diagnostica y extirpa un pólipo uretral, sin que la paciente experimentase modificación alguna en sus síntomas; posteriormente, en París y Viena, fué tratada médicamente sin mejoría alguna, hasta que, últimamente, las micciones se han hecho muy frecuentes y dolorosas durante la emisión, cesando el dolor al terminar.

En el sitio correspondiente al meato se ve una excrecencia carnosa de dos centímetros de altura, que sobrepasa los pequeños labios; la mucosa es grisácea, ligeramente rosada, espesa, de apariencia esclero-edematosa; una hendidura situada en la parte media del repliegue representa el orificio uretral; dicha cresta se despliega tomando la forma de un pabellón de trompeta; todos los exploradores y bujías se detienen á dos centímetros por detrás del orificio; orinas claras, nada anormal en el aparato genital. Es evidente que se trata de una estrechez del canal con infiltración esclero-edematosa subyacente; el conjunto de síntomas hace pensar en la posible existencia de una lesión análoga á la estrechez tuberculosa ano-rectal; en los antecedentes de la enferma se encuentra el padre muerto de tuberculosis pulmonar y un hermano con mal de Pott.

Anestesiada la enferma, se incinde en la línea media de arriba á abajo la parte terminal de la uretra, observando en esa especie de embudo un pequeño orificio punctiforme; desbrídase este punto, que corresponde á una estrechez muy limitada; hacia atrás la uretra está normal; sentado el diagnóstico de tuberculosis hipertrófica estenosante, se escinde toda la parte anterior del canal, terminando la intervención suturando la mucosa uretral á la de las partes que rodean el nuevo meato, ó sea hacia abajo, con la de la vagina, y lateralmente y arriba con la del vestíbulo; diez días después sale la enferma completamente curada.

El examen anatomo-patológico confirmó el diagnóstico, así como las inoculaciones practicadas en un cobaya, en el que, autopsiado, se encontraron lesiones tuberculosas en los ganglios tráqueo-bronquiales.

Esta observación es interesante por dos razones: primera, porque demuestra la existencia de estrecheces de la uretra femenina sin influencia de procesos cicatriciales; y segunda, porque establece esa forma especial de tuberculosis hipertrófica estenosante, especie de tuberculosis atenuada análoga á ciertas variedades de lupus.

DR. CARLOS NEGRETE

# BIBLIOGRAFÍA

**Inmunidad con aplicación á la higiene y terapéutica de las enfermedades infecciosas**, por el Dr. Manuel Martín Salazar, Profesor de Higiene de la Academia Médico-Militar.

La idea de la decepción puede manifestarse, con mayor ó menor intensidad, al lado de la de satisfacción, de tal suerte, que el pensamiento se detenga tan pronto en la primera como en la segunda. De aquí nacen dos sentimientos: la *esperanza* y el *temor*. Pero cuando las probabilidades se tienen por iguales, el espíritu se siente dividido por estos dos sentimientos diferentes, que se esfuerzan entonces por extenderse en el «yo» sin que ninguno de ellos pueda obtener la supremacía: tal es el estado de *duda*, cuyo distintivo principal es una penosa inquietud ó enojosa vacilación que caracteriza lo que Paulham llama «lustre afectivo», especie de balanceo entre dos fuerzas que tienden á equilibrarse en la conciencia reduciéndola á cero.

En este *estado* (si tal palabra es posible, dado que en la nutrición celular, y la actividad mental no es más que una forma de este proceso, todo es posible menos el reposo) me he encontrado yo, días y días después de aquel en que el Director de esta REVISTA me encargó diera á conocer á sus lectores el libro que con el título de *Inmunidad con aplicación á la higiene y terapéutica de las enfermedades infecciosas*, ha compuesto y dado á la estampa el Catedrático de Higiene de la Academia Médico-Militar, Doctor Manuel Martín Salazar.

Tal estado de química mental, por efecto de la combinación molecular á saturación que existía en mi cerebro entre los dos sentimientos antes citados, tal *timbre afectivo*, ha sido al fin descompuesto, deshecho por una energía más intensa, por una exigencia que obrando á la manera de ley interna, con una fuerza imperativa

de todo, romántica, porque en el fondo la comparación es inexacta: «Nada perece, nada se crea; todo se transforma») debemos buscar la solución del problema en los medios que la Naturaleza pone en juego para defenderse contra las infecciones microbianas, con el objeto de seguir sus pasos, inquirir sus secretos para copiarlos después. Todo el libro de Salazar está basado en este concepto, que yo no dudo en calificar de individualista; tanto, que el mismo Hipócrates, resurrecto, no tendría inconveniente en suscribir. Y es que el autor del libro de que me estoy ocupando no sólo es un consumado hombre de laboratorio—como tal se muestra en su obra,—sino que tengo por cierto ha sido, ó es, un gran clínico, y, sobre todo, posee una alta mentalidad que le permite lo que únicamente está permitido á las inteligencias superiores: reunir datos ó hechos dispersos, en una integración filosófica más elevada, sentando principios ó estableciendo leyes. Claro es que Salazar no se desentiende en el estudio de la Inmunidad del conocimiento de los micro-organismos; sólo que, á su juicio, la escuela, principio ó tendencia que tiene por objeto aguerrir el individuo, fortificándole, es más práctica, más positiva que no empeñarse en destruir el ejército enemigo, que sólo por su número, puesto que es infinito, constituye una limitación práctica imposible, ó por lo menos muy difícil de vencer. Es, en suma, este autor más clínico que panspermista, más unitario que analítico materialista.

Y al llegar á este punto no puedo por menos de solazar á los lectores con la transcripción íntegra de algunos párrafos de la obra que critico, para demostración de dos cosas: primero, para que se vea cómo generaliza Salazar, cómo se eleva sobre el nivel del común pensar hasta la esfera de la mecánica pura; y segundo, para recreo de los gramáticos, de los que rinden homenaje á la hermosa habla castellana.

«Antes de dar por terminado este capítulo, último sobre la inmunidad general, no puedo resistir al impulso de expresar aquí las relaciones que yo percibo entre el fenómeno genuino de inmunidad contra las infecciones y otro orden de hechos naturales, muy distintos, al parecer, que tal vez obedecen á una ley común mucho más amplia y comprensiva que la de la propia inmunidad. Yo bien sé que la ciencia actual, atravesando, como atraviesa, un período de reacción justa, legítima, contra toda vana teoría, es enemiga de filosofar demasiado sobre los hechos. Yo comprendo además que no cuadra bien á un tratado de esta naturaleza, serio, analítico, ceñido en cuanto es posible á la observación y la experiencia, entregarse, ni por un momento, en brazos de la fantasía; pero sí creo á la vez que el espíritu de generalización tiene sus legítimos fueros en el desenvolvimiento de la ciencia, y que allí donde el más humilde ob-

servador husmee ó entrevea una analogía honda, profunda, entre cosas al parecer muy desemejantes, puede encontrarse tal vez la clave de una ley más universal de los fenómenos, y con ella el secreto de un progreso científico positivo para el porvenir.

»Cualquiera que sea la diferencia de función viva que haya entre los hechos estudiados hasta aquí como comprendidos dentro del concepto de inmunidad en las infecciones y esa otra tolerancia orgánica, conocida por los clásicos desde tiempo inmemorial, que se observa en la administración de toda clase de medicamentos, incluso en los de origen mineral, como en el arsénico, por ejemplo, hay que convenir que existe un algo que enlaza y encadena entre sí esos al parecer tan dispares fenómenos; y ese algo es lo que podríamos llamar con cierto sentido abstracto, por no acertar con más apropiado nombre, la ley universal del hábito fisiológico y patológico. Tolerancia, hábito, acomodación más ó menos rápida del organismo á singularísimos elementos morbosos vivos que forman parte del medio cósmico exterior: he aquí, en puridad, el fondo filosófico de la cuestión de la inmunidad adquirida, cualquiera que sea su íntimo mecanismo y cualesquiera que sean los progresos que bajo su aspecto físico, químico y biológico lleve á cabo la ciencia en el porvenir. Y digo que tal es el fondo filosófico de la cuestión, porque esa ley del hábito, dentro de la cual se halla comprendido el fenómeno de inmunidad, se extiende más allá del mundo físico, y puede decirse, sin demasía, que abarca el orden moral y hasta el orden social. Entre la tolerancia determinada en los individuos por el uso continuado del arsénico, por ejemplo, y la insensibilidad alcanzada mediante impresiones morales repetidas de un orden dado, que poco á poco acostumbran al espíritu más susceptible á las más fuertes emociones psíquicas, existe una relación positiva de analogía que nadie que sepa ahondar algo en el fondo de las cosas se atreverá á poner en duda. La facilidad con que la cándida é inexperta juventud es contagiada en el mundo por el vicio y demás males morales que la rodean, hasta el punto de que todo el secreto de una bien entendida educación estriba en no abandonar al hombre durante sus primeros años á los estragos del contagio de las causas morbosas psíquicas, y la resistencia vigorosa que opone la madurez de la vida en los sujetos curtidos en la lucha del mundo y de la sociedad á ser víctimas de la maldad de los demás, es una prueba evidente de que, así como hay una inmunidad adquirida contra los agentes físicos y químicos, hay también una inmunidad ética, alcanzada en los combates de la vida contra las pasiones y extravíos de los hombres, que llega á producir en los espíritus sanos y bien equilibrados un verdadero aguerrimiento contra las asechanzas y arremetidas que sufre de continuo la honradez y la virtud.

»Las propias colectividades sociales, las naciones ó los pueblos, después de haber sufrido alguna vez, á consecuencia del advenimiento rápido á su seno de cierto orden de ideas muy radicales y revolucionarias, una de esas grandes crisis políticas que parecen conmover los cimientos de la sociedad entera, entran luego en tal período de calma y de pasmosa acomodación ó tolerancia con relación al espíritu de los nuevos ideales, que, merced á esas vacunas sociales, resulta estéril durante mucho tiempo todo germen de revolución que, lanzado sobre las masas populares inmunizadas, tienda á perturbar la marcha tranquila y sosegada de su progreso político.

»Llevando, pues, estas ideas á su más alto grado de generalización científica, podemos decir en resumen lo siguiente: que el fenómeno esencial de la inmunidad es un hecho común de reacción orgánica determinada por la acción, no sólo de las causas físicas, químicas y biológicas, sino también de las morales y hasta sociales; que tiene sus raíces en la tendencia natural de todos los seres vivos á soportar y acomodarse cada vez más al influjo de los agentes cósmicos exteriores, por nocivos ó enemigos que sean de su naturaleza y vida, y, por último, que llega en sus últimas filosóficas razones hasta arrancar de la ley que rige el movimiento inercial de los seres materiales, los cuales, por el solo hecho de existir, ya llevan en sí una cantidad de energía propia desde *ab initio* enderezada á luchar en el mundo por la conservación de su forma, que es, después de todo, lo que hay de más esencial y permanente en el fondo de las cosas.»

No es menos lucido el trabajo de Salazar en lo que se refiere á recopilación y exposición clara y precisa de los diferentes y heterogéneos conceptos que andan esparcidos en libros, folletos, periódicos y revistas referentes al estudio de la Inmunidad. Pero este trabajo no está limitado al de mero encasillador, ni siquiera á ejercer el modesto papel de «propagar el saber de los demás», sino que Salazar ha recogido diversidad de conocimientos parciales, los ha reunido en una integración más elevada, más filosófica, más genial, ha digerido y asimilado lo que había en todo el campo de la Inmunidad—no únicamente en su solo punto parcial de este campo—y lo ha expuesto con una claridad, un método y una sencillez suficientes por sí solas para que este libro figure al lado de los mejores que de mucho tiempo á esta parte han visto la luz escritos en nuestra lengua. Así, por ejemplo, la famosa *Teoría de las cadenas laterales de Ehrlich*, descrita en tantas partes, pero fragmentada, en segmentos, no se comprende en toda su grandeza, ni se da uno buena cuenta de sus múltiples aplicaciones hasta que la explica Salazar. Ehrlich debe estarle agradecido á Salazar. Esto sin contar lo que

hay en la obra exclusivamente suyo, como el método de suero-diagnóstico macroscópico de la fiebre tifoidea, discurrido sin conocer el del Dr. Ficker, de Berlín. El mismo principio biológico general que sienta Salazar para explicar la formación de *todos* los cuerpos antígenos por acto de reacción viva del organismo invadido, concepción es de un poderoso entendimiento que sabe *ver* las cosas desde un punto de mira muy alto, que sabe abarcar lo que Letamendi llamó «grandiosa sinfonía de verdades»; que sabe, en fin, apreciar la total verdad que se contiene en el fondo de aquellos asuntos á los que aplica su pensamiento *lógico*, que por el solo hecho de ser lógico es también *crítico* en una gran parte.

El libro de Salazar está concebido, planeado y desarrollado con arreglo á las leyes del espontáneo razonar. Puede considerarse dividida toda la obra en dos grandes partes: primera, Inmunidad general; y segunda, Inmunidad especial. En la primera estudia la inmunidad innata y la adquirida, y después analiza detalladamente cuanto hoy se sabe acerca de la formación de los llamados anticuerpos: antitoxinas, bacteriolisinas, citotoxinas, hemolisinas, etc. En la segunda se ocupa de la inmunidad de la difteria, fiebre tifoídea, disentería, cólera, peste, tétanos, estreptococia, pneumococia, estafilococia, venenos de las serpientes, rabia, carbunco, muermo y tuberculosis.

¿Tiene defectos la obra de Salazar? Debe tenerlos, por aquello de que la perfección humana es un ideal, y por lo tanto de imposible realización; pero yo no se los encuentro. Además, buscar la perfección en unos estudios que están ahora en pleno período de gestación científica es vana quimera. Se ha dicho de esta obra que no es completa porque no habla de algunas otras enfermedades infecciosas; pero téngase en cuenta su título de *Inmunidad* con aplicación á dichas enfermedades, no de *Tratado de infecciones microbianas* ni de *Técnica bacteriológica*; y aunque es cierto que existen algunos ensayos de inmunización contra el tifus exantemático por Lewaschew, de sueroterapia contra la fiebre recurrente por Gabriczewski, y sea, al parecer, un hecho la inmunidad adquirida para la gripe, la malaria, la fiebre amarilla y alguna otra infección, la verdad es que aquellos intentos no han pasado de tales, ni estas resistencias post-infectivas han podido ser utilizadas por el Arte hasta la fecha.

De buen grado seguiría hablando *de* Salazar y *con* Salazar por largo espacio; pero temo cansar á los lectores, y además creo preferible que éstos juzguen personalmente del mérito del autor con el libro delante. Yo he tenido una gran satisfacción en dar á conocer á ustedes una joya de la literatura médica española contemporánea en la que aparecen engarzados, por el genio creador del artista, los

últimos conocimientos sobre los que gira la revolución actual de la Medicina toda con el concepto inconmovible de la unidad del sér humano.

ANTONIO MUT

---

**Patología y clínica de la corteza cerebral.** (Estructura, funciones y síntomas; causas, lesiones y curso; diagnóstico, pronóstico y tratamiento.) Lecciones clínicas del curso de 1905 á 1906, por Ricardo Royo Villanova.—Zaragoza, 1906.

De nuevo el distinguido y laborioso catedrático de Patología y Clínica médica, por oposición, de la Facultad de Medicina de Zaragoza, vuelve á honrar la Medicina española con otro libro de verdadero valer y utilidad práctica.

Nada tan difícil como orientarse de manera segura en el diagnóstico clínico de las enfermedades de la corteza cerebral, por la complejidad de sus manifestaciones sintomáticas, las delicadezas de exploración que su investigación supone y las finuras de interpretación necesarias para avalorarlas por justa interpretación.

De estas dificultades surgían, para los más de los prácticos, otras de conducta médica; y á hacer fácil su resolución viene el notable libro del Dr. Royo sobre *Patología y clínica de la corteza cerebral,* en que recopila las veinticinco lecciones clínicas del primer curso acerca de las enfermedades del sistema nervioso, dado con carácter oficial en España.

No es posible exponer aquí, ni aun sumariamente, lo vasto y completo del programa desenvuelto; séanos permitido señalar, sin embargo, cómo, partiendo de la noción de la neurona clínica y las de anatomía é histología de las circunvoluciones cerebrales, hechas con admirable claridad y concisión, estudia sus funciones, señalando sus trastornos y sus modos de investigación clínica; sus causas, lesiones, marcha, diagnóstico y pronóstico, concluyendo con nueve lecciones dedicadas á su terapéutica, con especificación de los tratamientos higiénico, farmacológico, opoterápico, hidroterápico, eléctrico en sus múltiples formas, psicoterápico, de educación, reeducación y quirúrgico, y cuantos se creen útiles para estas afecciones.

El libro tiene carácter práctico, y las materias están expuestas con ese engañoso arte de la sencillez y naturalidad, tan difícil para todos y tan bien practicado por el Dr. Royo en sus múltiples libros de difusión clínica.

Del valer de un libro clínico se juzga por su utilidad, y cabe afirmar que el de que nos ocupamos la tiene de primer orden para todos los médicos, que hallarán en él cuanto es necesario para el exacto diagnóstico y acertado tratamiento de las enfermedades cerebrales.

De aquí que, al contribuir á darle á conocer, creamos menos fa-

vorecer á su autor, cuya bien asentada fama no necesita de nuestros elogios, que á la clase médica en general, precisada siempre de libros que, como el presente, la faciliten el ejercicio acertado de su profesión.

# VARIEDADES

**El embarazo en el arte**, por los Dres. Masip y J. Sanz Barrio, *del Instituto Rubio.*—Entre los asuntos llevados por los artistas al lienzo ó al mármol tocó alguna vez el turno á hechos ó fábulas relacionados con el desarrollo de un nuevo sér. La mitología, tan abundante en escenas de amores más ó menos fantásticos, en gestaciones prodigiosas, proporcionó materia para que algunos artistas tuviesen ocasión de demostrar su habilidad representando escenas con la gestación ligadas, como asimismo la suministraron á los pintores de asuntos religiosos los hechos que precedieron á la vida de nuestro Señor Jesucristo.

La religión y la mitología fueron infinitas veces los inspiradores de los artistas durante muchos años. Por eso, buscando entre sus obras, no es del todo raro encontrar escenas y figuras que, desde el punto de vista especial en que vamos á considerarlas, resulten interesantes. Y si algunas obras son verdaderamente admirables consideradas artísticamente, quizá no pueda decirse lo mismo apreciadas científicamente, es decir, en lo que tengan de exactas al reproducir los detalles que caracterizan al exterior la gestación. Y no es que la ciencia y el arte sean enemigos: múltiples lazos los unen; «tienen relación tan estrecha como los pulmones y el corazón; se estropea uno de ellos, y el otro no puede funcionar» (Tolstoy); el uno se dirige al sentimiento, la otra á la razón; pero como productos, aunque distintos, de una misma actividad humana, no se contradicen; sería suponer que el desarrollo de unas facultades se opone al progreso de las otras. Pero fuese que algunos artistas no se fijaran ó que voluntariamente rehuyeran el hacer resaltar los rasgos exteriores del embarazo, llevaron á sus cuadros algunas figuras en las cuales nada se observa que lleve el convencimiento al espectador del estado en que, según el asunto tratado, debieran hallarse.

Sería empresa extensa y no del todo fácil el reproducir y el comentar aquí las obras de arte comprendidas en el título de estos apuntes; en las obras de Witkowski (1) y de Boucharcout (2) apare-

(1) Witkowski: *Les accouchements dans les beaux-arts*, etc. París, 1894.
(2) Boucharcout: *Le diagnostic de la grossesse*, París, 1906.

cen enumeraciones largas, aunque tampoco completas, y á ellas puede recurrir quien desee más noticias; nuestros deseos, muy modestos, en esta nota informativa, se reducen á llamar la atención sobre el asunto, recurriendo para los ejemplos, en primer lugar, al Museo Nacional del Prado, espléndida colección donde existen tan variadas y tan admirables muestras del arte pictórico, y donde pueden hallarse pruebas de las relaciones entre la pintura y la medicina.

***

Recordemos brevemente lo que al exterior se observa en una embarazada. El crecimiento que el útero experimenta al desarrollarse en él un nuevo sér se exterioriza por el aumento del volumen del abdomen, tanto más marcado, naturalmente, cuanto más adelantada está la gestación; aparece en su parte media la línea morena y la cicatriz umbilical queda borrada hacia el séptimo mes, convirtiéndose después en saliente lo que en el estado ordinario es depresión.

Creciendo en peso y en volumen el útero, el centro de gravedad de la mujer va hacia delante, y para conservar el equilibrio en la estación vertical y en la marcha la embarazada adopta una actitud especial: se inclina hacia atrás, haciendo resaltar más la incurvación de la columna vertebral en su porción dorsal.

Los pechos, desde las primeras semanas del embarazo, sufren una hipertrofia y un desarrollo que los vuelven más redondos, más duros, al mismo tiempo que experimentan fenómenos de pigmentación.

El cuerpo tiroides, para hacer frente á la mayor producción de toxinas, aumenta su actividad funcional; el cuello se hace más grueso y adquiere una turgencia especial; hipertrofia del tiroides que, según Lauge (de Könisberg), es casi constante.

¿Podría señalarse á la embarazada una mímica especial? Ved lo que escribe Cuyer (1), sin referirse á este asunto:

«Hay otra actitud que expresa la satisfacción, el descanso, la tranquilidad de espíritu, el bienestar: aquella en la que las manos, unidas sobre el abdomen, toman sobre él un punto de apoyo. Es completa su significación cuando el abdomen está muy desarrollado, proporcionando esa eminencia una amplia base á ese apoyo, y cuando las manos están colocadas sobre la región que sucede inmediatamente á la caja torácica, región en la que el abdomen, en esos casos, forma un plano oblicuo dirigido hacia delante y hacia abajo.»

---

(1) Edouard Cuyer: *La Mimique*. París, 1902.

Fotogs. Lacoste.

RUBENS. — DIANA Y CALISTO *(Fragmento).*

José Blass y Cía., San Mateo 1, Madrid.

TIZIANO. — DIANA Y CALISTO *(Fragmento).*

*(Museo del Prado,* Madrid.)

СУГЬОВКІУ
ПИЛ' ОЬ

Fotogs. Lacoste.

RAFAEL. – LA VISITACIÓN.

José Blass y Cía., San Mateo 1, Madrid.

PETRUS CRISTUS. — LA VISITACIÓN.

*(Museo del Prado, Madrid.)*

DISCARDED

J. VAN EYCK. — RETRATO DE ARNOLFINI Y SU MUJER.
*(National Gallery*, Londres.)

UNIV. OF
CALIFORNIA

Fotog. Hanstgaenl, Monaco.

RAFAEL. — LA GRAVIDA.
*(Museo Pitti,* Florencia.)

Fotg. Coyne. José Blass y Cía., San Mateo 1, Madrid.

SILLA DEL CORO DE NTRA. SRA. DEL PILAR.
(Zaragoza.)

DISCARD

No puede describirse de manera más exacta la actitud que adopta una mujer en estado de gestación, sobre todo al sentarse. Señalemos, por último, los cambios de la fisonomía: una mayor palidez de la cara, una agudización de las facciones, cierto aspecto característico del rostro, una mayor viveza en la mirada.

***

De temas mitológicos relacionados con el embarazo, recordaremos dos cuadros del Museo del Prado, los que, á pesar de ser conocidísimos, no los hemos visto citados desde este punto especial de vista.

Calisto, ninfa de Diana, y seducida por Júpiter, al bañarse la segunda, y sospechando de ella, es desnudada forzosamente por las ninfas, obedeciendo á Diana, para poner de manifiesto, al despojarla de sus vestiduras, su estado de embarazo. Rubens y Tiziano desarrollaron este asunto: en el cuadro del primero (número 1.592 del catálogo) representa el pintor flamenco á Calisto desnudada forzosamente por sus compañeras, y aparte de cierto mayor relieve de su abdomen, parcialmente visto, no hay otras señales de preñez; es un desnudo más de los muchos que caracterizaron á Rubens.

El cuadro del Tiziano referente á este mismo tema (número 483 del catálogo citado) es una copia de otro existente en Londres. El vientre de Calisto aparece bien de manifiesto, bastante desarrollado, con la cicatriz umbilical menos marcada que en las otras figuras del mismo cuadro; el cuello de la ninfa obsérvase algo engrosado.

Más abundantes ejemplos se hallan en la pintura religiosa: la escena de la Visitación de la Virgen á su prima ha sido pintada infinitas veces.

Pero ved cómo se refiere el hecho y cómo los artistas lo representan. Apenas el ángel Gabriel anunció á la Virgen su gestación fué ésta á saludar á su prima Isabel, que se hallaba embarazada ya de seis meses. Por lo tanto, al tratar esta escena, los artistas debieran acentuar los rasgos exteriores de la gestación de Isabel y suprimirlos en la Virgen, pues es de suponer que un embarazo tan poco adelantado no diera señales tan evidentes como algunos pintores le asignan.

Rafael de Urbino trata este asunto en un cuadro reproducido infinidad de veces. En su célebre *Visitación* aparecen las dos primas en la actitud de saludarse, estrechando su mano derecha y colocando la Virgen su mano izquierda sobre el abdomen, que preséntase muy desarrollado, como también los pechos; puede creerse, por el desarrollo del vientre, que el útero, en su crecimiento, ha sobrepasado la cicatriz umbilical, y que la tal gestación, así representada,

anda ya cerca de su término. En cambio, Isabel no manifiesta grandes rasgos de gestación; solamente señálase por una hipertrofia marcadísima del tiroides, que casi pudiera tomarse por un bocio, detalles todos que pueden verse claramente en la reproducción que acompaña.

Hállase en el Museo del Prado otra interesante representación de esa escena, atribuída al pintor flamenco Petrus Cristus (siglo XV). Es un retablo con cuatro divisiones, y en una de ellas pintó la *Visitación;* como ocurre en otra obra de arte, citada por Boucharcout (1), donde una de las representadas practica el tacto abdominal como para convencerse del estado de preñez, en esta pintura de Petrus Cristus, la Virgen y su prima hacen la palpación mutua; la mano izquierda de Isabel se apoya sobre el vientre ampliamente desarrollado de su prima, sobre el que también descansa la mano derecha de esta última, del modo como dijimos al tratar de la mímica, mientras su izquierda palpa el abdomen de Isabel con desarrollo no tan señalado, y siendo la posición de esta mano algo forzada. Asimismo el cuello de la Virgen muéstrase de un grosor muy marcado, si bien no puede concederse gran valor á este detalle, por encontrarlo en otras figuras del mismo retablo que no se hallan en gestación.

Un cuadro verdaderamente típico es el de J. Van Eyck (1386-1440), existente en la *National Gallery* de Londres, descrito por Boucharcout así: «Ha reproducido el pintor, con exactitud maravillosa, el aspecto de una mujer en el término de su embarazo: relieve considerable del abdomen, rechazo hacia atrás de la espalda, actitud de fatiga, rostro como cansado y abotargado, edema de las manos (comprobado por el hecho de que las dos sortijas de la mano colocada sobre el abdomen no pasan de la segunda falange) y de los pies (los zuecos están á un lado). Respecto del personaje *hombre* de este cuadro, vestido con un traje de médico rico, está teniendo la mano derecha de la mujer, pareciendo presentarla al público. Su actitud es la de un quiromántico que acaba de hacer un diagnóstico cierto del embarazo después del estudio de la palma de la mano. Su aspecto grave y el gesto de su mano parecen acentuar la importancia de las palabras que pronuncia.»

Del creador de la escuela romana del siglo XVI, el ya citado Rafael de Urbino, existe en el Museo Pitti de Florencia un cuadro cuyo título indica ya perfectamente el asunto representado: *La Donna Gravida* (2). Es el busto verdaderamente típico de una mujer en estado muy adelantado de embarazo; un desarrollo notable del abdo-

(1) Obra citada. Retablo de la iglesia de Brou.

(2) Hacemos público testimonio de nuestra gratitud á la conocida casa de Franz Hanfstaengl, de Munich, por habernos permitido graciosamente reproducir este cuadro de una fotografía propiedad de la citada casa.

men, la posición de la mano izquierda sobre él, cierto aspecto de tranquilidad y bienestar que se desprende del retrato, son los signos de más relieve, con los que el artista del Renacimiento italiano señaló á la mujer embarazada.

Pudiera creerse que todas las mujeres que aparecen en los cuadros con vientres ampliamente desarrollados lo son así por querer-

FIG. 1.ª—Bosch: *La Adoración de los Santos Reyes* (fragmento).

las pintar como embarazadas, y la tal suposición sería errónea. En las evoluciones por que ha pasado el vestido femenino, hubo alguno que se caracterizó por la prominencia que el traje hacía en la región abdominal; recurso empleado por damas elevadas para disimular sus gestaciones, influía sobre las gentes que las rodeaban, y lo que se inventaba para enmascarar un estado se convertía en moda seguida fielmente. ¿Corresponde á este grupo la dama representada

por Bosch? En el tríptico de este pintor, titulado *La Adoración de los Santos Reyes* (núm. 1.175 del Museo del Prado), en sus portezuelas el artista retrató á los donadores, y el aspecto de la dama, con un vientre prominente, puede atribuirse á una gestación, quizá el motivo por el que este matrimonio mandó pintar el cuadro.

FIG. 2.ª—Bosch: *La Creación* (Museo del Prado).

No hay duda posible en estas investigaciones, cuando los artistas, llevados de su imaginación, nos ahorran el mirar detalles, representando al feto de un modo ostensible sobre el vientre de su madre, bien es verdad que siempre en presentaciones inverosímiles. En el hermoso coro de la iglesia del Pilar de Zaragoza existen tres filas de sillas, obra de Juan Moreto (1542), en cuyos respaldos están representadas escenas relacionadas con la vida de Jesucristo. En una de ellas aparece la Virgen de pie, y sobre su vientre el artista esculpió

al Niño Jesús, y al pie de la figura se halla una cuna al parecer dispuesta como para indicar más el estado que se ha querido representar por el escultor. Esta obra fué ya señalada por el Dr. Pluyette (1), y el grabado que acompaña nos ahorra más explicación.

Terminaremos estos apuntes enunciando una cuestión relacionada con la manera de representar los artistas á Adán y Eva. Prescindimos del tipo étnico á que debieron pertenecer, y solamente nos referimos á una particularidad de la representación de nuestros primeros padres en lo que hace referencia á la cicatriz del cordón umbilical. ¿Deben representarse ó no con las huellas sobre su abdomen de la implantación de los vasos que nutren el nuevo sér durante su vida intrauterina? Aceptando la tradición mosaica, Adán y Eva, habiendo carecido de esa vida intrauterina, es racional pensar que sobre su vientre no existía el ombligo; siguiendo las opiniones transformistas, la reproducción de esa cicatriz es necesaria desde el punto de vista de la reproducción exacta de esas figuras humanas con todos sus detalles anatómicos. En general, los artistas se han inclinado á esta última solución, y los cuadros donde pintan la primera pareja humana aparece ésta con sus cicatrices umbilicales bien manifiestas, siendo muy excepcional hallar un cuadro donde falte ese detalle. En uno del pintor antes citado, Bosch (1460-1606), del Museo del Prado, aparecen Adán y Eva, y así como en el vientre del primero está el ombligo bien señalado, en la segunda no se nota cicatriz alguna, y su abdomen liso aseméjase mucho á la membrana tensa del tambor. Una cuestión de detalle anatómico que está ligada con la del origen del hombre. Una prueba más de la relación entre el arte y la ciencia.

De otras obras pudiéramos ocuparnos; pero nos limitamos por hoy á hacerlo de aquellas que nos ha sido posible acompañar la reproducción por el fotograbado, ya que debemos preferir presentar la prueba, y limitarnos á comentar brevemente la mayor ó menor exactitud con que el artista representó á la mujer embarazada.

**La purificación de las aguas del Nilo en el siglo XI** (2), por el Dr. D. Rodolfo del Castillo Quartiellers, *Profesor de Oftalmología del Instituto Rubio.*—Nada más interesante que una excursión por el Egipto; pero ello requiere, si ha de ser de provechosa enseñanza, alguna preparación. Sus templos, las tumbas de sus Faraones y sus monumentos, por tanto tiempo olvidados en aquellas misteriosas soledades, arrancan gritos de asombro y admiración al que por primera vez los visita.

---

(1) *La Chronique Médicale*, 15 Septiembre 1905.
(2) Fragmento de *Un viaje á Egipto*.

Dice el padre de la Historia que no hay país que contenga tantas maravillas como el Egipto, ni donde se vean tantas obras admirables superiores á todo encarecimiento.

Con no menos entusiasmo exprésase Champollion, que queda atónito y admirado ante las ruinas del templo de Karnac, al decir que los egipcios concebían hombres de cien pies de altura, y que la imaginación, que se eleva en Europa muy por encima de nuestros pórticos, se detiene y confiesa su impotencia al pie de las 140 columnas de la sala de Karnac.

Ritter, el geógrafo universal, después de haber estudiado todos los monumentos de la Grecia y de la Roma antigua y de los tiempos modernos, confiesa que no hay ninguno que pueda compararse con las ruinas de este templo.

Así se explica que el gran capitán del siglo pasado, en aquellos campos de batalla, no invocase la patria ni el sacrificio de sus hijos, y que sólo le inspirase la idea de que aquellas moles de piedra labradas hacía cuarenta siglos le contemplaran y que el ejército de Desaix aplaudiese estrepitosamente ante las ruinas de Tebas.

Los sabios que acompañaron al general Bonaparte á Egipto dijeron que éste por sus monumentos y su civilización debe de ocupar el primer lugar entre los pueblos de la tierra.

Como todos los pueblos de la antigüedad, el Egipto ha llenado su misión histórica: comunicó los gérmenes de su civilización á Grecia; inició á Moisés en la doctrina de sus santuarios; dió origen á la fusión de los sistemas religiosos y filosóficos de la antigüedad; preparó el nacimiento del cristianismo, y fué el lazo que unió el Occidente con el Oriente.

Pueblo de tan remota antigüedad y de civilización tan duradera que con sus hechos llena la historia del mundo antiguo, rígese hoy por una dinastía que se cimenta sobre los cadáveres de los mamelucos que cayeron al mortífero fuego de los albaneses de Mohamet Alí.

El Egipto moderno es completamente árabe, gente que al conquistarlo lleva artes, civilización y religión propia, sepultando aquellas antiguas grandezas en los valles del Nilo y reemplazando el culto de sus divinidades por el Islamismo. Goza hoy de una gran prosperidad, buena administración y una seguridad personal como las mejores ciudades de Europa, que débese indudablemente á la intervención extranjera, no echándose de menos ni el confort ni el refinamiento de los grandes centros europeos.

Comprendido el Egipto en la zona de los climas cálidos, y fluctuando su temperatura en el invierno entre los 13 y 20 grados, los extranjeros, y muy especialmente los ingleses, lo tienen elegido como estación invernal, adonde acuden muchos enfermos de pecho. Esto no es nuevo, pues Celso dice que la residencia de los tubercu-

losos durante el invierno en Egipto les es muy favorable, y recuerdo que cuando concurría en Londres á la clínica del Dr. Churchill, éste nos decía que todos sus tuberculosos, á más de someterlos al tratamiento de los hipofosfitos (entonces en boga), los mandaba el invierno á Egipto, con lo cual, si no conseguía su curación, les aliviaba mucho.

No en balde se ha dicho que el Egipto no tiene más que dos estaciones: verano y primavera; ésta con su atmósfera siempre pura y transparente, su aire desprovisto de humedad, y el cielo sin que le empañe la más ligera nube, deslizándose los días con la misma igualdad hasta que llega el verano, con sol más caliente, con luz más viva y días más largos.

Los puntos elegidos por las personas acomodadas son, generalmente, Luksor y Assuan, en donde hay construídos grandes hoteles con lujo y comodidad capaz de satisfacer al más exigente.

***

Durante mi estancia en Egipto he sido sumamente atendido por mis colegas.

En Assuan, frontera de la Nubia, el médico director de aquel hospital civil, Dr. Zareef Abdalla, me acompañó á visitarle, el cual

FIG. 1.ª—Vista de Assuan y del Hospital civil.

se halla situado en el sitio en que estuvo el antiguo hospital árabe, y le rodea un parque, cerrado por una verja, en la avenida del Nilo, frente á la isla Elefantina.

Su nueva construcción responde al sistema de pabellones, y sólo puede asilar unos 80 enfermos para ambos sexos, destinando para

cada uno de ellos un pabellón; y como de reciente creación, obedece á todas las exigencias de la higiene; y así como el pabellón destinado á los hombres lo rodean galerías al descubierto, las de las mujeres están cerradas por espesas celosías, á fin de que aquéllas puedan pasear sin ser vistas por los hombres, costumbre musulmana que se lleva aún con mucho rigor.

El árabe, cuando permanece en la cama, está durmiendo, y en este caso se envuelve con las mantas de los pies á la cabeza, ó está sentado en la cama; y como el uniforme del hospital es un jaique azul con capucha y los enfermos la tienen echada sobre la cabeza, produce al que visita las enfermerías no poca extrañeza.

Las demás dependencias, como sala de operaciones, de infecciosos, laboratorio, depósito de cadáveres, administración, etc., están en pabellones aparte.

Díjome el Dr. Abdalla que es Copto y ha hecho su carrera en la Facultad de Medicina del Cairo (Medical School); que había conseguido de la administración, que está bajo la tutela inglesa, que para el año próximo se inaugurara el pabellón, que está en construcción, destinado á las enfermedades propias de la mujer, pues se dedica con gran entusiasmo á la ginecología.

Un detalle merece consignarse: observando que algunas camas de las salas, que son de hierro con lechos de muelles, estábanse pintando fuera de las enfermerías, y llamándole la atención sobre este particular, el director me manifestó que era costumbre, tan pronto como un enfermo dejaba de ocupar su cama por curación ó defunción, ésta era desinfectada y después pintada.

Además de este hospital civil hay otro militar, que sirve tanto para la guarnición indígena como á la inglesa de ocupación.

***

Luksor, lugar en donde estuvo Tebas, la célebre ciudad de las cien puertas, es una población muy concurrida en el invierno, no sólo por su apacible clima, sino también por ser el punto de partida de excursiones á los grandiosos monumentos que le rodean, y de las que se hacen por el Nilo, que son deliciosas.

Una puesta de sol á bordo de los vaporcitos que hacen la travesía del Nilo es de un efecto maravilloso al contemplar aquel cielo y aquel horizonte tan diáfano que, al ocultarse el astro del día, como por encanto se ilumina con los colores más vivos y más brillantes del espectro, dándole un aspecto de extraña belleza que sólo la naturaleza puede trazar con aquellos rayos de roja luz, matizados de fuego, que, esparciéndose, inundan con sus resplandores bosques de palmeras como si formidable incendio quisiera devorarlos; más tarde, aquellos purpúreos colores de brillo deslumbrador poco á poco

van suavizándose, y los tonos de fuego tórnanse en delicado rosa con todos los caprichosos y delicados cambiantes de la perla de más puro oriente, precursoras de plácida y serena noche que ilumina las brillantes estrellas que cobija el firmamento, así como si la naturaleza, en momentos de retozo y alegría, quisiera aquí engarzar toda la poesía del Oriente en sus cambiantes colores.

A la munificencia de muchos centros industriales y de no pocas personas de las que concurren á Luksor el invierno, se debe que en Enero de 1901 se inaugurase The Luksor Hospital for Natives, que consta de 20 pabellones, entre ellos dos para enfermerías y uno especial para los padecimientos de los ojos.

FIG. 2.ª—Luksor: ruinas del templo.

Puede albergar unos 60 enfermos, y reciben especial asistencia los obreros de las numerosas fábricas azucareras que funcionan á orillas del Nilo, y los de las Compañías ferroviarias egipcias.

Es un establecimiento más para afecciones quirúrgicas que para médicas, y, como fundación particular, su administración se rige por un comité ó junta de patronos. La dirección facultativa está á cargo del Dr. F. W. Saunders, que es inglés, y otro doctor del país, Raschid Effendi Yusuf.

Los enfermeros, enfermeras y demás personal son también del país. El Dr. Saunders es un hábil cirujano y cultiva con gran provecho la urología, que pude apreciar en una operación de litotricia que le vi practicar; díjome que las afecciones calculosas eran muy corrientes en los naturales del país, mostrándome una colección de cálculos de varios tamaños, cuyo número de ejemplares no bajaría de 200.

*
* *

A mi regreso al Cairo estreché relaciones con el Dr. Mohamed Eloui Pachá, que goza en el país de gran reputación como oculista y escritor médico; su educación médica la adquirió en Francia; fué discípulo del célebre oftalmólogo Dr. Dor (de Lyon), jefe de la clínica oftalmológica de la Facultad de Medicina de Lyon, laureado por aquella Facultad de Medicina, profesor de oftalmología de la Escuela Médica del Cairo, é inspector de Sanidad general del Cairo.

Su ilustración, su cultura y su reputación hacen de él la figura más saliente de la medicina de su país.

Consagrado también á los estudios históricos de la medicina, conoce los numerosos documentos que de la medicina árabe conserva la rica y notable biblioteca khedival en el Cairo. En aquel establecimiento y entre sus muchos manuscritos ha encontrado uno referente á la purificación de las aguas del Nilo, por Ebn-Raduau, el 460 de la Hegira (1068).

Es un documento muy curioso é interesante por relacionarse íntimamente con las investigaciones de Pasteur, el cual ha traducido al francés y que reproducimos.

«Las aguas del Nilo, para ser buenas para la alimentación, deben desde luego ser tomadas donde la corriente es más rápida, donde contienen menor cantidad de materias en descomposición, como en la localidad conocida bajo el nombre de Kom-El-Alunar (hoy Viejo Cairo), más allá de Guizeh.

»El agua allí tomada debe ser sometida á especiales operaciones de depuración, según el temperamento de los consumidores. Para los que sufren por el calor durante el verano, será útil clarificar el agua, disolviendo en ella creta, bolo de Armenia, frutos de loto machacados y vinagre. Pero los que son sensibles al frío, durante el invierno, deben preferir el empleo de almendras amargas, tomillo (thynuis serpilhun), aneto (debe ser hinojo).

»Después de un conveniente reposo para permitir la precipitación de las sustancias en suspensión arrastradas al fondo del vaso por los clarificantes antedichos, no queda sino decantar el agua para poder emplearla.

»También se puede purificar el agua por simple filtración á través de recipientes de arcilla cocida ó de porcelana no barnizada (bruta).

»Otro medio de depuración consiste en calentar el agua al fuego, exponerla en seguida al aire de la noche, y, cuando las materias extrañas se han depositado en el fondo del vaso, recoger, por decantación, la parte clara.

»Pero, si después de esta operación, el agua recogida tuviera un gusto desagradable, debería sometérsela á la ebullición, exponerla

de nuevo al fresco nocturno, á cielo abierto, y clarificarla finalmente por medio de las sustancias arriba citadas.

»Sin embargo, el mejor medio de desembarazar el agua de los principios perjudiciales á la salud, consiste en someterla desde luego á la acción del fuego ó á la cocción, exponerla al frío de la noche, someterla á la cocción de nuevo, clarificarla por una de las sustancias ya mencionadas, y finalmente, hacerla pasar por un vaso filtrante, expuesto al aire de la noche. El agua así tratada es entonces propia para el uso alimenticio. Durante el estío se debe guardar este agua en vasos de arcilla cocida ó de tierra cocida, fabricada

FIG. 3.ª—Biblioteca Khedival del Cairo.

en el mes de tuba (1), en recipientes ú odres de piel provenientes de Hedjaz, ó por fin, en cualquier otro envase refrigerante. En verano se depositará el agua en subsuelos que tengan sus ventanas expuestas al viento del Norte (2). Pero en invierno será preciso guardarla de preferencia en lugares cálidos y conservarla en botellas de vidrio, así como en vasos fabricados en verano.

»Para hacer el agua más fresca se puede mezclarle agua de rosas, ó mejor sumergir en ella: creta, simiente de verdolaga, adormidera blanca, moghra (mezcla de óxido de hierro y arcilla), envueltas y liadas en un trozo de lienzo, de suerte que el agua pueda adquirir la frescura por el contacto de estas sustancias sin contaminarse de ellas. Durante el verano se debe limpiar los recipientes de agua, frotándolos con loza partida, harina de cebada, verdolaga y

(1) Mes del calendario copto correspondiente al de Enero, y el más frío en Egipto.
(2) Es el viento más fresco y el más buscado en Egipto.

madera de sándalo, y someterlos en seguida á fumigaciones de alcanfor y madera de sándalo.

»En invierno se debe frotar esos vasos con álcalis y juncia, y fumigarlos con goma almáciga y *alud* (madera resinosa de olor agradable parecido al *guayaco*).

»El agua del Nilo es muy mala en las épocas de la crecida y del descenso, en que la corriente es más lenta. En ambos casos debe ser hervida y clarificada con mayor cuidado, por medio de almendras amargas y de todas cuantas sustancias destruyan su viscosidad.

»El Nilo suministra, por el contrario, un agua de excelente calidad, desde todos los puntos de vista, durante el mes de tuba, es decir, en pleno invierno. Los egipcios no tardaron en conocerlo, de tal suerte que un gran número de ellos aprendió á conservar el agua recogida durante dicho mes en grandes recipientes de vidrio ó de porcelana, á fin de servirse de ella para el consumo alimenticio durante todo el año. Suponen que este agua no es jamás susceptible de deterioro, y, por tanto, no emplean medio alguno para depurarla, persistiendo en creer que se conserva siempre buena. Pero tú no seguirás su ejemplo, y sin prestar fe á lo que dicen, clarificarás el agua, cualquiera que sea su estado, puesto que el agua así conservada está indudablemente sujeta á alteraciones.»

El traductor á continuación pone las siguientes consideraciones:

«Después de minuciosos y asiduos estudios, Pasteur, Koch y sus discípulos han llegado á reconocer la existencia de gérmenes patógenos en ciertas aguas. Para desembarazar las destinadas á la alimentación de los gérmenes reconocidos como causa de determinadas enfermedades, han aconsejado filtrarlas bien ó, lo que es mejor, exponerlas á la acción del calor. Hace más de ochocientos años, Ebn-Raduan había reconocido esto sin otra ayuda que su intuición y la fuerza de su razonamiento. En efecto, en la época en que vivía, ni la química, ni los aparatos de física (microscopio), ni la microbiología podían ayudarle en su labor.»

De todas suertes, el seguro tono de sus prescripciones y los minuciosos detalles que da en el pasaje arriba transcrito, demuestran indudablemente que hablaba como hombre convencido que ha establecido una teoría de la cual deduce sus consejos.

Aunque las prescripciones que da este autor no van acompañadas de las pruebas que debiera aportar, no debe causar extrañeza ni considerarlas empíricas, porque en su época no era costumbre publicar razonamientos y teorías. De esto tenemos una prueba en la prescripción de que para la filtración se empleen recipientes de arcilla fabricados en el mes de tuba. ¿Por qué los preferían á los confeccionados en los otros meses del año? Ebn-Raduan nada dice de ello; pero, por la serie de sus prescripciones, puede percibirse

que él había comprendido que en esta época del año los principios morbosos estaban en Egipto en menor cantidad en el agua y en la tierra, y que, por consiguiente, los vasos de tierra fabricados durante este mes estaban menos cargados de aquéllos.

Pasteur, Arloing y otros han aconsejado que para sanear completamente el agua es preciso elevar la temperatura á más de 120° y aún más, porque han observado que hay microbios que resisten temperaturas inferiores. Ebn-Raduan parece haber reconocido la necesidad de elevar la temperatura del agua á un alto grado, puesto que no se ha limitado á hacerla hervir, sino que prescribe su decocción (1) dos veces, su filtración y, por fin, su exposición al aire de la noche, antes de servirse de ella. Pero ¿cuál era la finalidad de Ebn-Raduan? Huelga decir que habiendo aprendido por la observación que el agua del Nilo, que había sido causa de ciertas enfermedades, debía encerrar elementos extraños patógenos, y que el mejor medio de desembarazarla de ellos era hacerla filtrar bien ó, mejor aún, exponerla á una temperatura elevada (cocción) y clarificarla por medio de almendras amargas.

¿Sabía él la naturaleza de estos elementos? No nos atreveremos á afirmarlo; pero como prescribe el calor para destruirlos, puede creerse, al menos, que suponía que se trataba de algo de naturaleza orgánica.

Además, todas las sustancias cuyo uso ha recomendado, ya para la depuración del agua (como el tomillo, almendras amargas, el aneto, la mirra, la juncia, etc.), ya para el lavado ó la fumigación de los vasos destinados á contenerla (como la goma almáciga, el alcanfor, la madera de sándalo, etc.), son conocidas hoy como antisépticas.

De esto puede, pues, deducirse:

1.° Que Ebn-Raduan había reconocido hace más de ochocientos años en el agua del Nilo la presencia de organismos nocivos para la salud y que para desembarazarla de ellos había indicado los medios (filtración, desinfección y cocción) que la ciencia moderna reconoce aún hoy como los mejores.

2.° Que la idea de destruir por el calor los gérmenes patógenos que el agua puede contener es muy antigua, y sería reproducida por Ebn-Raduan.

Al transcribir íntegro al español el trabajo del Dr. Eloui, lo hacemos, aparte de otras consideraciones que no son del momento, para demostrar una vez más á los que miran con indiferencia los estudios histórico-médicos que éstos merecen más atención que la que ellos le prestan, y que muchas cosas que pasan hoy por novísimas ya

(1) Cocción prolongada y á temperatura superior á 100°.

# AVISO

*Toda la correspondencia administrativa* (suscripciones, bajas, reclamaciones, devoluciones, etc.), así como los *giros, pagos y cobros,* se dirigirán al

## *Sr. D. Manuel Lahora,*

*calle de Augusto Figueroa, núm.* 36, *segundo.*

El *cambio* ó *canje* de periódicos, *libros* ó *folletos* para bibliografía, y *trabajos* ó *artículos* para la Revista, al Instituto Rubio, á nombre de los *Secretarios de Redacción.*

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

### ÚLCERAS DE LA LENGUA

CONFERENCIA DEL DR. URUÑUELA EN EL INSTITUTO RUBIO

Permitidme, señores, que moleste vuestra benévola atención con un asunto que, en mi concepto, tiene gran interés, cual es el de las ulceraciones de la lengua, sintiendo en el alma no tener la facilidad de dicción y exposición de los que me han precedido en el uso de la palabra para haceros amena esta conferencia; pero no dudo me habéis de perdonar en obsequio á mi buena intención.

Seguramente que todos vosotros habréis tenido ocasión de ver enfermos de esta naturaleza, con antecedentes específicos unos y sin ellos otros muchos, y ciertamente también os habréis encontrado perplejos para agregar un apellido á la ulceración ó ulceraciones observadas en la lengua de algunos de ellos, como á nosotros nos ha ocurrido.

Este asunto viene preocupando desde hace muchos años al que en estos momentos tiene el honor de dirigiros la palabra, y ha tenido un especial interés en recoger datos y observaciones numerosas de esta clase de enfermos, cuyo detenido estudio cree darle derecho á afirmar que esta dolencia es mucho más frecuente de lo que realmente se cree; y esto no debe extrañaros, teniendo en cuenta la débil resistencia de la mucosa lingual, su actividad funcional y vascularización, por una parte, y por otra las numerosas causas de irritación y de traumatismo á que continuamente está expuesta, como son los alimentos muy calientes ó fríos, los muy condimentados y los que, ingeridos ya en el estómago, reaccionan sobre la lengua. Los dientes, que cuando están sanos y completos forman una especie de barrera protectora de la lengua, se convierten en una causa de evidente traumatismo para ésta cuando están cariados y desportillados.

Todas las ulceraciones de la lengua, á excepción de las sifilíticas gomosas y quizá también las tuberculosas, empiezan por la mucosa; las mismas ulceraciones cancerosas se localizan en las capas superficiales del epidermis mucoso, y todo lo más en las capas profundas, y la gran vascularización y actividad funcional de esta mu-

cosa, que antes señalamos, garantía de su integridad en el estado fisiológico y que explican la curación rápida de los traumatismos, son á la vez las causas principales de la extensión rápida del neoplasma canceroso en determinados casos.

Para proceder con algún orden, haremos una clasificación de las diversas ulceraciones de la lengua y las dividiremos en

| | |
|---|---|
| Simples..... | Por glositis crónica.<br>De origen catarral ó dispéptico.<br>Aftosas.<br>Traumáticas.<br>Hidrargíricas. |
| Tuberculosas. | |
| Sifilíticas. | |
| Luposas. | |
| Cancerosas. | |

Las *ulceraciones simples* de la lengua se presentan con extraordinaria frecuencia, y las podemos apreciar en ciertos casos de glositis crónica complicada con denudación de la mucosa y desprendimiento de las papilas, siendo reemplazadas éstas por una delgada y débil película blanco-azulada extendida por toda la parte dorsal de la lengua é interrumpida en diversos puntos por islotes separados por pequeñas grietas. El punto preferente de localización de estas ulceraciones es el centro de la lengua ó de la parte enferma, convertido en punto de menor resistencia; y son, á veces, la consecuencia de una supuración más ó menos extensa, término final de una inflamación aguda que viene á unirse á la glositis crónica; estas ulceraciones pierden muy pronto los caracteres de simplicidad y se transforman en crónicas, de superficie lisa é igual, roja y brillante, de forma irregular, triangular ó estrellada y con bordes callosos sin induración.

No obstante el carácter de cronicidad de estas ulceraciones, son en la generalidad de los casos muy sensibles y dolorosas, especialmente al ponerse en contacto de los alimentos muy calientes y condimentados; hasta los movimientos de la lengua son en ocasiones extraordinariamente molestos. En las formas más benignas de glositis crónica superficial, en vez de verdaderas ulceraciones son más bien excoriaciones ó exulceraciones las que se presentan en la lengua y sobre una mucosa como pulimentada en lugar de la película delgada y opalescente de las formas graves; se trata, pues, en estos casos, de la desaparición del epitelio, dejando al desnudo el corion mucoso, bastante sensible.

El diagnóstico de estas ulceraciones resulta fácil por la circunstancia de coincidir con una glositis crónica más ó menos inveterada.

El tratamiento está erizado de serias dificultades, no porque no pueda curarse esta clase de ulceraciones, sino porque apenas se han

cicatrizado unas aparecen otras, ó reaparecen las mismas, y esta marcadísima tendencia á la recidiva exige ó hace necesario un cuidado esmeradísimo de los enfermos, evitando los alimentos calientes muy condimentados, fermentados y azucarados; deben abstenerse de fumar y de las bebidas alcohólicas, pues en ocasiones la glositis crónica superficial es indudablemente debida al abuso de éstas, ó está por ellas sostenida.

Respecto al tratamiento tópico ó cura local, desde luego se comprende que no puede ni debe emplearse un mismo agente medicamentoso para todos los casos; y para abreviar, vamos á concretarnos á enumerar los principales, de acción segura y éxito eficaz. En las formas benignas hemos obtenido la curación de varios enfermos, tan sólo con los colutorios de borato de sosa, con ó sin clorato de potasa, adicionándoles la cocaína en los casos en que los enfermos experimentaban gran sensibilidad, y ésta con una pequeña cantidad de adrenalina en un emoliente cuando existían síntomas de agudización, y algún toque ligero de cloruro de zinc débil. Los medicamentos verdaderamente útiles para las formas más graves han sido, por órden de su eficacia: 1.°, el ácido crómico en solución del 1 al 2 por 100; 2.°, el ácido tricloracético, en solución también al 3 por 100, adicionado con una disolución de cocaína al 2 por 100; y 3.°, el cloruro de zinc en disolución desde el 2 al 10 por 100; con las dos primeras preparaciones hemos conseguido, en un tiempo relativamente corto, el cicatrizar las ulceraciones, modificando favorablemente la superficie ulcerosa y calmando el dolor, y con el cloruro de zinc, que obra tan sólo sobre la parte afecta como cáustico inteligente, hemos conseguido reponer el epitelio de la mucosa lingual en muchos casos.

Desechamos en absoluto el nitrato de plata en todas las formas de ulceraciones de la lengua, por creerle muy perjudicial, no obstante haber sido universalmente preconizado en algún tiempo, y aun en la época actual, por los distintos médicos que han tratado esta clase de lesiones.

En algunas ocasiones se observa, en el centro de una placa blanco-azulada ú opalina, una ulceración esencialmente crónica, y que resiste á todo tratamiento local y general; esta ulceración presenta los bordes muy callosos, su superficie es lisa y seca, y los tejidos que la rodean están como rugosos; en estos casos, después de suprimir toda causa de irritación, extrayendo ó limando los dientes desportillados, cuidando de que las piezas artificiales estén bien adaptadas, y haciendo una *toilette* esmerada de la boca y de los dientes, puede obtenerse la curación, en mi sentir, avivando los bordes de la ulceración, haciendo una verdadera legración y tocando después éstos con una disolución de cloruro de zinc al 10 por 100.

El tratamiento general ha de basarse sobre las causas que han producido la glositis crónica, y sobre el estado de las ulceraciones.

*Las ulceraciones simples, de origen dispéptico ó catarral*, se manifiestan sobre la punta ó sobre la cara dorsal de la lengua, cerca de la punta, pero se las ve llegar en ocasiones más allá de la línea media. Una de las formas más corrientes consiste en una rubicundez de la cara dorsal, que se extiende desde la punta hasta la parte de atrás de la lengua; no existen las papilas filiformes, y esto, unido al estado congestivo de las capas superficiales, hacen aparecer las papilas fungiformes más prominentes y gruesas que en el estado normal; también se observan pequeñas ulceraciones sin forma ni caracteres bien definidos, únicamente rojas y bastante sensibles; en vez de ulceraciones pueden presentarse simples exulceraciones ó excoriaciones, y toda la superficie, ó una parte de ésta, se halla denudada.

Por detrás de esta superficie congestionada y ulcerada, ó excoriada, el dorso de la lengua está cubierto de una capa saburrosa espesa; no existe inflamación general del órgano, porque la enfermedad parece limitarse á las capas superficiales.

El aspecto de las ulceraciones que acabamos de describir es peculiar de las úlceras dispépticas, pero yo he visto esto mismo en personas que no tenían manifestación alguna de dispepsia, y las he atribuído al frotamiento ó rozamiento constante del dorso de la lengua contra el paladar y la arcada dentaria.

Existe otra variedad de úlceras dispépticas más características, en mi concepto, que es consecutiva á vesículas ó pústulas que, al romperse, dejan en su lugar pequeñas ulceraciones bien limitadas, circulares y como hechas con un sacabocados; sus dimensiones varían desde el tamaño de la cabeza de un alfiler al de un guisante; su superficie es á veces de un color rojo vivo, y otras está cubierta por una capa tenue de pus; estas ulceraciones son más sensibles y dolorosas que las que acabamos de describir, en atención á que radican generalmente en la punta de la lengua y están en continuo contacto con los dientes; suelen recidivar con alguna frecuencia.

Con el nombre de ulceraciones dispépticas se describen también pequeñas ulceraciones redondeadas, bien talladas, de coloración roja ó amarilla, muy dolorosas, que van acompañadas de sialorrea y que se localizan por debajo de la lengua y á cada lado del frenillo.

Las ulceraciones dispépticas se observan más en los niños que en los adultos; en los primeros, se atribuyen al abuso de los bombones y dulces ordinarios, y en los segundos, á los excesos en las bebidas y en la alimentación.

El tratamiento se reduce á un régimen severo en la alimentación y al uso de algún laxante, como la magnesia calcinada, la sal sedlitz,

el ruibarbo, el aceite de ricino ó los calomelanos. Para calmar los dolores producidos por estas ulceraciones, se emplearán los colutorios de borato de sosa con cocaína, y como tópico, en algunos casos, la disolución de cloruro de zinc ó el protargol al 1 por 100 para acelerar la cicatrización.

### ULCERACIONES AFTOSAS

*Las ulceraciones aftosas* se observan con mucha más frecuencia en el niño que en el adulto, hasta el punto de haberlas considerado como una enfermedad propia de la primera y segunda infancia; la edad en que con más frecuencia se presentan oscila entre los seis meses y tres años. La aparición de estas erupciones va acompañada ordinariamente de un poco de fiebre, de inapetencia, malestar general, gran calor en la boca y salivación; en los niños de pecho se hace difícil la succión y se nota fetidez del aliento. Al examinar la boca se observa la mucosa de aspecto lívido, rojo oscuro, y en la lengua se aprecian pequeñas vesículas, especialmente hacia la punta, que se extienden también al interior de los labios y de las mejillas, y muy especialmente hacia las comisuras bucales; estas vesículas no tardan en abrirse, dejando en su lugar unas ulceritas superficiales más ó menos redondas, de bordes bien tallados, cubiertas de una capa de pus amarillento, y rodeadas de una aureola roja. En general, estas pequeñas ulceraciones cicatrizan rápidamente, y la lengua recupera su aspecto normal; pero ocurre con alguna frecuencia que á la primera erupción de vesículas sigue un espacio breve, una segunda y hasta una tercera, y de esta manera la enfermedad puede prolongarse durante varios días y varias semanas. Si examinamos atentamente estas pequeñas ulceraciones en sus diversas fases, observaremos que la película tenue grisácea queda adherente por espacio de bastante tiempo, y no se la puede desprender sin producir dolor y la salida de algunas gotitas de sangre, quedando roja la aureola que la rodea ó circunscribe.

Al cabo de algunos días, quizá al tercero, la película cae y deja una excoriación que cura rápidamente, sin dejar vestigios de cicatrización. El malestar general, la fetidez del aliento, las sucesivas erupciones de vesículas y su número considerable, son otros tantos signos que imprimen á estas ulceraciones aftosas un sello ó carácter muy particular; y si á esto añadimos su forma circular, la película de pus cremoso que las cubre y la aureola rojo-viva que las circunda, tendremos hecho el diagnóstico completo de estas ulceraciones propias de la infancia, que no veo la posibilidad de confundirlas con otra especie de ulceraciones de la lengua.

Algunos autores han confundido las úlceras aftosas con el mu-

guet y las han creído ó supuesto originadas por el *oidium albicans,* pero no tienen relación alguna estas dos afecciones; únicamente el ser propias ambas de la infancia.

Se atribuyen al uso inmoderado de los dulces confeccionados con malos ingredientes.

*Tratamiento.*—Es poco frecuente se acuda al médico para tratar las úlceras aftosas; ordinariamente son las madres ó nodrizas las que intervienen, limitándose á dar al niño un laxante y á hacerle lavatorios de la boca con agua hervida sola ó boratada, con lo cual se restablece el niño de su afección en pocos días.

En limitados casos de mayor agudización de estas ulceraciones, se resiente el estado general del niño, y entonces se consulta con el médico, el cual ordena el aceite de ricino, el ruibarbo unido al bicarbonato de sosa ó la magnesia calcinada; también se administra el clorato de potasa al interior, de 10 á 30 centigramos. Como tópico, el borato de sosa en colutorio ó en toque local, unido á la glicerina.

### ULCERACIONES TRAUMÁTICAS

Las heridas producidas por armas de fuego, por instrumentos cortantes y por los dientes pueden dar lugar á ulceraciones; no me ocuparé de las dos primeras, porque su etiología es clara y evidente, y su tratamiento es el correspondiente á las heridas en general; pero, en cambio, creo oportuno é interesante el dedicar algunas líneas á la descripción de las ulceraciones de la lengua originadas por el roce ó frotamiento continuo de los dientes cariados ó desportillados ó por el de una pieza artificial mal adaptada. El punto de localización de estas ulceraciones es en la punta ó en los bordes de la lengua, y presentan diferentes aspectos, según su antigüedad y la clase de traumatismo que las ha producido: unas veces son simples grietas ó excoriaciones; otras, verdaderas ulceraciones de uno á tres centímetros, poco profundas, á no ser que un diente muy puntiagudo se venga á introducir en un punto edematoso de la lengua.

Ordinariamente la ulceración traumática es única, y su superficie y partes limítrofes están ligeramente cubiertas de pus; sus bordes, tallados á pico y como desgarrados; los tejidos inmediatos á esta ulceración se hallan inflamados; en ocasiones, la lengua entera presenta una hinchazón edematosa característica y una induración poco pronunciada, pero que se extiende á alguna distancia del punto lesionado.

El dorso de la lengua se halla cubierto de una capa sucia, y el aliento es fétido. En muy limitados casos y de mayor duración hay que fijar mucho la atención para poder conocer la lesión, en aten-

ción á que la induración de los tejidos que rodean á la ulceración es algo mayor, y en cambio, la hinchazón es menor, los bordes no se presentan tan picoteados ni desgarrados, la superficie de la úlcera no está cubierta de pus ni rojas é irritadas las partes vecinas.

El diagnóstico de esta clase de ulceraciones traumáticas es en ocasiones bastante difícil, y puede dar lugar á confusiones con otras ulceraciones sifilíticas, tuberculosas y cancerosas, pero para su diferenciación debemos basarnos en el desarrollo rápido de la afección, en el edema de las partes inmediatas, en la ausencia ó escasa induración y, muy especialmente, en la adaptación ó correspondencia de la solución de continuidad ó pérdida de sustancia con un diente desportillado ó cariado; por esta última circunstancia debemos tener un especial cuidado en examinar muy detenidamente el estado de los dientes y de las piezas postizas, y su situación en relación con el punto lesionado. El goma sifilítico ulcerado se diferencia de una ulceración traumática en que el primero tiene dimensiones mayores, más marcada ó acentuada la induración y la pérdida de sustancia más profunda y de peor aspecto; además debemos tener en cuenta que existen otras manifestaciones sifilíticas en la misma lengua ó en otros puntos, y que son tan raros los chancros sifilíticos de ésta como frecuentes las ulceraciones traumáticas.

El diagnóstico de la ulceración tuberculosa ha de basarse en la poca profundidad de la lesión, en la induración frecuente, en la presencia de otras lesiones tuberculosas en la lengua, en el pulmón, en la laringe ú otros órganos, y en la extraordinaria rareza de las manifestaciones tuberculosas primitivas de la lengua.

La diferenciación con el cáncer es más difícil en algunos casos, teniendo en cuenta que el carcinoma puede debutar por una ulceración traumática. La verdadera induración de la base de la ulceración puede ser la característica de la proliferación epitélica. La edad del enfermo tiene poco valor, en atención á que las causas más frecuentes de las ulceraciones traumáticas se presentan en los adultos y en los viejos, es decir, en el período de la vida en que también es frecuente el cáncer lingual, así como no se conoce ó se presenta rarísima vez por debajo de los treinta años. A medida que progresa el proceso epitelial, aumenta la induración, la ulceración gana en profundidad y extensión, y los ganglios submaxilares se infartan. En caso de duda, y antes que sean invadidos los ganglios, podrá hacerse el diagnóstico, examinando al microscopio el producto recogido por una especie de raclaje en la superficie ulcerosa; pero si tiene uno ocasión de reconocer al enfermo al principio de sentirse molesto, el cuerpo del delito y la escasísima induración, si la hubiere, facilitarán el diagnóstico.

El pronóstico y tratamiento de las ulceraciones traumáticas, exceptuando los poquísimos casos en que éstas tienden á la transformación epitelial, son sencillos, pues el proceso puede curarse con un tratamiento apropiado. En primer lugar, es indispensable el suprimir toda causa de irritación y traumatismo: se harán limar los dientes desportillados, se extraerán los que estén cariados y se quitarán las piezas artificiales mal adaptadas; estas precauciones, que son de utilidad en todos los casos, se imponen en los individuos que pasan de la edad de cuarenta años, ó sea en aquella en que el carcinoma se manifiesta con preferencia. Con sólo lo que acabamos de indicar, obtendremos la curación de las ulceraciones traumáticas; pero en algunos casos será conveniente emplear algún colutorio de borato de sosa, agua y glicerina y toques de ácido crómico al 2 por 100. En los casos en que á pesar de haber suprimido la causa de irritación y traumatismo y de usar el tratamiento tópico indicado no se consigue la curación, sino que, por el contrario, la induración aumenta y el proceso destructivo progresa, entonces creo debe recomendarse la extirpación de la parte afecta por territorio sano; con esta intervención, hecha á tiempo, evitaremos una de las formas más graves del carcinoma sin acarrear gran obstáculo á las funciones del órgano.

### ULCERACIONES HIDRARGÍRICAS

Es poco frecuente en la actualidad el observar ulceraciones en la lengua originadas por el mercurio, en atención al mucho cuidado que se tiene en su administración; esto no obstante, hay individuos que tienen una gran susceptibilidad á este agente medicamentoso, tan necesario para el tratamiento de la sífilis, y otros cuyo tratamiento no ha sido el más apropiado para sus manifestaciones; en éstos se manifiestan las ulceraciones hidrargíricas; también se presentan en los obreros que manejan el mercurio y en las personas que han estado expuestas á los vapores mercuriales. Estas ulceraciones son ordinariamente superficiales, de forma irregular, y rodeadas de una aureola roja; son la consecuencia de una supuración que se fragua á su nivel, y sólo un síntoma de la estomatitis producida por el mercurio; además, no se limitan tan sólo á la lengua, sino que también aparecen en las encías, en los labios y en la cara interna de los carrillos.

La lengua se encuentra pastosa, hinchada; las encías, aumentadas de volumen, esponjosas, como despegadas de los dientes; éstos se hallan cubiertos de una capa grisácea oscura; hay gran salivación y fetidez del aliento.

El diagnóstico de esta afección no presenta dificultad alguna.

El tratamiento se reduce á sustraer al enfermo de las influencias del mercurio, á suspender la administración de los preparados mercuriales y al empleo del clorato de potasa *intus et extra*.

---

## UN CASO DE EMBARAZO TUBÁRICO INFUNDIBULAR QUE LLEGÓ Á TÉRMINO

POR EL DR. D. EDUARDO MASIP
Del Instituto Rubio.

Ana Hoyos, de Logrosán (Cáceres), domiciliada en Madrid, calle de la Princesa, 28, principal, de treinta y cinco años de edad, casada, fué inscrita en el Dispensario de ginecología del Instituto el 4 de Febrero de 1907.

Sin antecedentes de familia relacionados con su actual dolencia, manifiesta que á los diez y seis años padeció un catarro gástrico febril, que la retuvo en cama durante un mes.

Hallándose en convalecencia sufrió una recaída que, por sus narraciones, debió ser un paratifus.

A los veintiún años padeció unas intermitentes, de las cuales fué curada. Desde que esta señora se hizo menofánica, á los quince años, sus menstruaciones fueron siempre normales, y sólo interrumpidas por las gestaciones. Sufrió un aborto de dos meses, hace ocho años, y luego tuvo dos partos naturales, de los cuales el último ocurrió hace cuatro años. Los puerperios han sido fisiológicos.

En Enero de 1906 notó la falta de la menstruación, creyendo fuese debido á un comienzo de gestación como otras veces, pues el abultamiento paulatino del vientre y los fenómenos de debilidad notados por ella en anteriores embarazos la obligaban á pensar de esa manera, y decidió aumentar su alimentación, como había hecho en los otros casos parecidos. Pero en el mes de Octubre último se vió atacada de un catarro gástrico, que la obligó á guardar cama hasta el 6 de Noviembre, en cuya fecha sintió fuertes dolores de vientre que terminaron el día 8, presentándose un flujo muco-sanguinolento con expulsión de una masa carnosa por el conducto vaginal, disminuyendo el volumen del abdomen acto seguido.

Debo advertir que la enferma notó los movimientos activos del feto hasta el 12 de Octubre, así como los pechos aumentaron de volumen hasta el 16 del mismo mes, teniendo en algunos días que ordeñárselos; pero más tarde empezaron á disminuir de un modo gradual y paulatino hasta que desapareció la secreción láctea por completo. Llegado el mes de Enero de 1907, en que se repitió un flujo análogo al indicado, los médicos aconsejáronla que viniera á

Madrid á consultar y operarse el quiste que ellos diagnosticaban, por cuyo motivo tuvo lugar el ingreso de dicha enferma en el Instituto Rubio, servicio del Dr. Gutiérrez, en 4 de Febrero de 1907. Dentro de este Instituto, el día 15 del mismo mes, apareció otro flujo sanguíneo, abundante y sin dolores, cuya duración fué de cinco días. La enferma habitualmente padece de astricción pertinaz de vientre, que la obliga á purgarse con relativa frecuencia.

*Signos físicos.*—Demacración general, tinte pajizo de la piel, facies semejante á la llamada ovárica, normalidad en todas las funciones menos en las digestivas por padecer estreñimiento pertinaz que, según queda dicho, la obligaba á purgarse con frecuencia.

Abultamiento de vientre, producido por un tumor esférico que elevaba las regiones umbilical é hipogástrica, de consistencia elástica uniforme, liso, apoyado sobre la pelvis mayor, sin que fuera posible alcanzarlo con el dedo á través de la vagina, sin partes duras apreciables en su cavidad y de contenido líquido al parecer. El útero, normal en cuanto á tamaño y á la inspección ocular, se hallaba en ante-látero-versión derecha, como rechazado por el tumor; los anejos derechos, bien apreciables por hallarse prolapsados. La longitud del útero, siete centímetros.

*Diagnóstico.*—Reconocida esta enferma por el Dr. Gutiérrez y los profesores que asistimos al Dispensario de ginecología, desde luego se pensó en un *embarazo ectópico* por la historia recogida.

Sin embargo, la ausencia de todo trastorno de importancia durante el período de gestación, los caracteres del tumor, en el que la palpación no demostraba partes duras, y la misma demacración de la enferma, contribuyeron á que se discutiera por algunos este diagnóstico, inclinándose á considerarlo como un quiste por su forma, renitencia y movilidad relativa, encargándome el Dr. Gutiérrez de la operación, ya que se encontraba enfermo el Dr. Cerecedo, á quien correspondía en turno, según costumbre establecida por nuestro maestro.

Operación, el 6 de Marzo de 1907.

Una vez anestesiada la enferma por el Dr. San Román y desinfectada, teniendo como ayudante al Dr. García de Arias, practiqué una incisión que, partiendo de la parte superior de la sínfisis pubiana, por encima del espacio de Retzius, terminó en la región umbilical, algún tanto desviada á la izquierda para salvar el ombligo, midiendo dicha incisión unos veinte centímetros. No pudo incindirse el peritoneo por hallarse íntimamente adherido al tumor quístico fetal. Hubo necesidad de incindir la pared quística hasta penetrar en su cavidad, con lo cual se extrajo un feto de todo tiempo, del sexo masculino (colocado con su plano anterior hacia delante, la cabeza en la parte inferior del saco, que estaba como suspendido por el

epiplón mayor, al cual adhería en gran parte de su cara anterior).

Fué extraída seguidamente la placenta, que apareció macerada y de color verdoso; se rellenó de gasas asépticas dicha cavidad quística, cerrándola con pinzas, y procedimos á la extirpación total del saco quístico, resecando parte del epiplón, y desprendiendo y seccionando todas sus adherencias peritoneo-intestinales, con lo cual se consiguió el aislamiento completo del saco fetal, que estaba sólo sujeto por un largo pedículo formado por la trompa izquierda y su meso, los que fueron ligados á raíz de su inserción uterina con doble sutura de seda, cauterizando el muñón con termo-cauterio. Seguidamente se practicó la *toilette* peritoneal y se procedió á cerrar el vientre con la sutura de Jonesco laparotómica, haciendo la de la piel con agrafes, y colocando el apósito conveniente.

El feto, completamente macerado, pesó 2.470 gramos, y medía 55 centímetros de largo; el peso del saco quístico era de 340 gramos, y el de la placenta, en regresión, 190 gramos, y era trilobular.

El espesor de la pared en algunos sitios era de más de dos centímetros. Terminada la operación, durante la cual se aplicaron á la operada 700 gramos de suero, se repitió igual aplicación de otros 500 gramos á las seis de la tarde del mismo día, acusando 36,9 temperatura y 104 pulsaciones; á las doce de la noche, 38,7, y á las dos de la madrugada, 37,1. A las cuatro del siguiente día, 7 de Marzo de 1907, 37,1; á las siete, 37,5 con 120 pulsaciones.

Día 8.—Dieta láctea y agua alcalina, 104 pulsaciones y 37,4 de temperatura.

Día 9.—37,3 mañana y 37,3 tarde, con 100 y 96 pulsaciones, respectivamente. Se le presentó un flujo sanguíneo que le duró hasta el día 12.

Día 10.—37,2 y 37,1, con 100 y 96, respectivamente, mañana y tarde.

Día 11.—37 temperatura y 96 pulsaciones, ordenándole huevos batidos en la leche y una cucharadas de vino de Jerez.

Día 12.—Se la purga con 30 gramos de aceite de ricino; temperatura y pulso, normales.

Día 13.—Se le quitan los agrafes, se le cambia el vendaje y se le permite comer merluza. Temperatura y pulso, normales.

Día 20.—Se le quitan los puntos de sutura de plata, cambio de vendaje, y se le ordena limonada purgante.

Día 23.—Se levanta y nos dice que ha notado presencia de sangre en la orina.

Día 26.—El Dr. Durán, jefe del Laboratorio del Instituto Rubio, analiza la orina á causa de la hematuria acusada por la enferma, resultando del análisis, núm. 646, que tiene albúmina, sedimento de glóbulos rojos, leucocitos, alguna célula del riñón y urato de sosa,

por lo cual le dispongo una solución de antipirina al 4 por 100 para lavados vesicales.

Día 27.—Se le ponen de 10 á 12 gramos de solución de antipirina en la vejiga.

Día 28.—Se le repite la inyección vesical con la misma solución.

Día 1.º—Se hace lo mismo, y la enferma dice que estos días ya no tiene hematuria, y así se comprueba por el examen microscópico de la orina.

En este día examina el Dr. Gutiérrez las preparaciones histológicas, hechas por el Dr. Blasco, de los cortes verificados en el quiste fetal, y halla tejido placentario en uno, y tejido muscular en otro, y encarga al Dr. Moreno Melgar dar tres cortes: uno comprendiendo todo el espesor de la pared quística, otro comprendiendo todo el tejido del ovario y el tercero de un trozo de placenta, colocándolos en tres tubos distintos en agua y alcohol veinticuatro horas, para más tarde hacer las preparaciones histológicas correspondientes y las microfotografías que acompañan á esta nota clínica.

Esta enferma salió curada del hospital el día 4 de Abril último.

En la sesión celebrada el 20 de Abril por la Real Academia de Medicina dió cuenta de este caso nuestro maestro el Dr. Gutiérrez, presentando la pieza patológica correspondiente al saco quístico y fotografías del feto (lámina I), haciendo luego proyecciones, con un aparato Molteni, de las cinco preparaciones histológicas que se ven en la lámina II, y cuya explicación va adjunta.

Lo curioso de este quiste fetal es que la trompa izquierda está intacta hasta el pabellón, viéndose que la ampolla de Henle, donde por lo común se fraguan los embarazos tubáricos, no ha tenido participación en éste, de tal suerte que la expansión de las franjas ha servido de asiento al óvulo.

De las tres formas de embarazo tubárico señaladas por los autores, según el segmento de la trompa en que se implanta y desarrolla el óvulo, á saber: embarazo *ítsmico*, *ampular* é *infundibuliforme*, el caso que hemos referido corresponde á la última, que es también la más rara, y á ella refieren los embarazos desarrollados en un *pabellón accesorio*, y también los *embarazos abdominales primitivos*, cuyo primitivo asiento es la franja tubo-ovárica.

Aunque no se puede negar en absoluto que la trompa que es asiento de un embarazo puede permitir, sin romperse, que éste llegue á término (y algunos ejemplos existen de ello), no es fácil comprender que esto suceda, y desde luego tales hechos son excepcionalísimos; cuando ello ocurre, las paredes del oviducto sufren un trabajo hiperplásico, sobre todo en los elementos conjuntivos, que aumenta de modo extraordinario el grosor de sus paredes, y el mi-

# EXPLICACION DE LA LAMINA I

Figura 1.ª—Feto á término macerado.

Figura 2.ª—Bolsa del quiste fetal: (a), tromba; (b), ovario.

## EXPLICACION DE LA LAMINA I

*Figura 1.ª*—Feto á término macerado.

*Figura 2.ª*—Bolsa del quiste fetal: *(a)*, trompa; *(b)*, ovario.

Figura 1.ª

**Feto á término macerado.**

Figura 2.ª

**Bolsa del quiste fetal: *(a)*, trompa; *(b)*, ovario.**

# EXPLICACION DE LA LAMINA II

## EXPLICACION DE LA LAMINA II

*Figura 1.ª*—Corte longitudinal de una vellosidad placentaria, rodeada de célùlas deciduales: *(a)*, plaqueta sincicial; *(b)*, células deciduales; *(c)*, vellosidad placentaria; *(d)*, fila de células sinciciales.

*Figura 2.ª*—Corte de la pared quística en el cual se observan algunos elementos en degeneración grasosa: *(e)*, células infiltradas de grasa.

*Figura 3.ª*—Corte de la pared quística y de las membranas ovulares: *(f)*, membrana amnio-corial; *(g)*, tejido conjuntivo de la cubierta.

*Figura 4.ª*—Corte de la pared quística en la base de implantación; se observan algunos fascículos musculares diseminados entre el tejido conjuntivo: *(h)*, fascículos musculares.

*Figura 5.ª*—Corte de la pared quística con focos hemorrágicos: *(k)*, focos hemorrágicos.

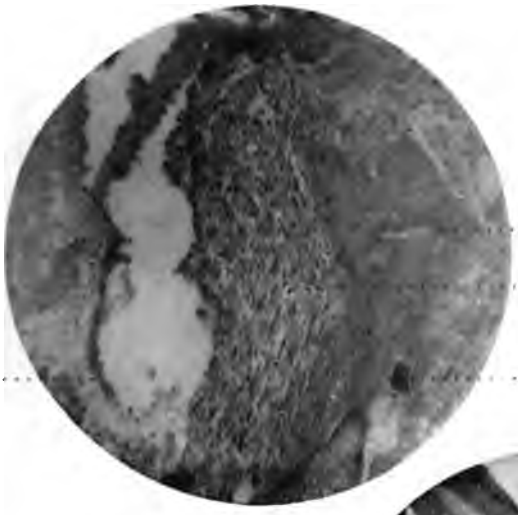



Figura 1.ª

Figura 3.ª

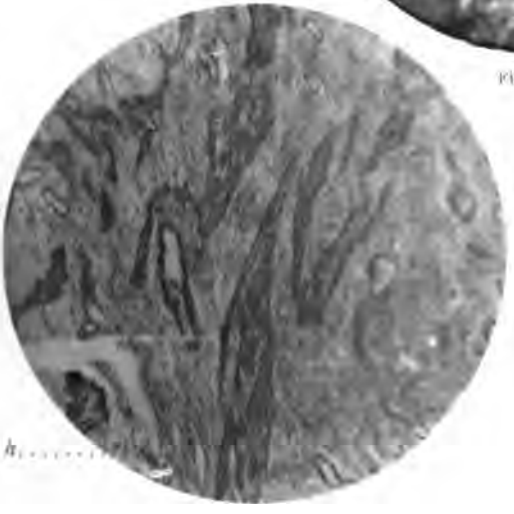



**Figura 4.ª**

**Micro-fotografiado por el Dr. Moreno Melgar. Objetivo Zeiss B, ocular proyección; distancia,**

*Figura*
de cé
*(c)*, v
*Figura*
elem
*Figura*
*(f)*, n
*Figura*
obser
conju
*Figura*
cos h

croscopio siempre descubre en ellas las consecuencias de este proceso, aparte de que macroscópicamente se puede apreciar la existencia de los extremos terminales (pabellón y porción uterina) á uno y otro lado del saco fetal.

En el que contenía el feto de nuestra operada, el grosor de su pared varía considerablemente si lo examinamos cerca del pedículo (2 centímetros) y en el resto del saco.

En alguno de los cortes microscópicos hechos en el primer punto se observan algunos manojos de fibras musculares; en tanto que los correspondientes al polo libre del saco fetal sólo ofrecen elementos deciduales, embrionarios y fibrosos, con restos de vellosidades y masas de sincytium, sueltos ó formando límites á los vasos fisurales.

De todo lo cual se deduce que este huevo tuvo su implantación en el *infundíbulum*, tal vez en la fimbria tubo-ovárica, y por ser ya *casi abdominal* y evolucionar independientemente de la trompa no sufrió esta mujer las consecuencias del *aborto tubárico*, ni tampoco las de la rotura de la trompa que acompañan al desarrollo del huevo en la ampolla de Henle, que es la forma más frecuente del embarazo ectópico: la ampular.

---

# EL CANCER DEL ESTÓMAGO

## CONFERENCIAS DADAS EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

POR EL DR. MORENO ZANCUDO

### SEGUNDA CONFERENCIA

Señores: Tan oscura como la patogenia y etiología del cáncer gástrico lo es su sintomatología; y tened entendido que no me refiero á la sintomatología que delate el cáncer en sus primeras evoluciones, sino cuando esta neoplasia ha evolucionado algún tiempo en las paredes del estómago; pues aun en este período carece de síntomas patognomónicos, y es posible confundirlo con otros procesos morbosos. Nada tiene esto de extraño, si recordáis que el Dr. Gutiérrez, en una de sus conferencias, exponía las dificultades con que se tropezaba para el diagnóstico del cáncer del útero en sus primeros períodos: siendo éste un órgano fácilmente asequible á la exploración directa, comprenderéis fácilmente que un órgano como el estómago, que no se encuentra en estas condiciones, ha de ofrecer sin duda dificultades insuperables en muchos casos.

Voy á exponer á vuestra consideración los principales síntomas que caracterizan las neoplasias cancerosas del ventrículo abdomi-

nal, porque sólo la conjunción de algunos de ellos podrá conduciros á un diagnóstico exacto.

Ante todo, debo manifestaros que en muchos casos la sola vista del enfermo basta, si no para diagnosticar con seguridad un cáncer gástrico, para hacer presumir su existencia con grandes probabilidades de certeza; pero son éstas cosas que sólo se adquieren con la práctica, y que de ninguna manera pueden transmitirse de palabra ni por escrito.

La intuición y la sagacidad del clínico son los únicos elementos puestos en juego en tales circunstancias. Prescindo, pues, de ellos, y entro desde luego en el estudio de los síntomas subjetivos.

Es lo más frecuente que el cáncer del estómago empiece de una manera brusca, y que un sujeto que generalmente había gozado de buena salud se sienta repentinamente acometido de trastornos dispépticos vagos, de pérdida de apetito y pérdida de carnes y de fuerzas. Naturalmente, se exceptúan de esta regla los enfermos afectados de ulceración gástrica, en los cuales ha proliferado el epitelioma, ya en plena actividad del proceso ulceroso, ya cuando éste se halla completamente cicatrizado. De todos modos, en un 60 por 100 de los casos, según mis estadísticas, la aparición del cáncer se realiza de una manera insólita.

La *anorexia* es, entre todos los síntomas subjetivos, el más frecuente y característico, y siquiera algunos enfermos conserven la normalidad de su apetito y algunos hayan presentado verdadera bulimia, según las observaciones de Hanot, cuando veáis un enfermo de más de cuarenta años de edad que acusa una pérdida constante de apetito, que se acentúa hasta constituir una verdadera repugnancia, sobre todo hacia las carnes, ponerse en guardia, porque de cien casos, en los ochenta se tratará de un enfermo canceroso del estómago.

Es el *dolor* fenómeno poco frecuente, en contra de lo que generalmente se cree, en el cáncer gástrico, y sólo cuando la neoplasia se ulcera es cuando suelen observarse las crisis dolorosas, que ceden con gran dificultad. Lo más común es que los enfermos acusen sensaciones vagas de malestar, y sobre todo de *peso*, que se producen después de la ingestión de los alimentos, y que persisten durante largas horas, á no ser que sobrevengan vómitos, que alivian considerablemente al enfermo. Estas sensaciones molestas van acentuándose cada vez más, y hacen que al enfermo le inspiren verdadero horror las comidas, pues á los trastornos que éstas le producen se une la anorexia de que antes he hablado.

También los *eructos* son síntoma muy frecuente en los cancerosos, y aunque alguna vez carecen de olor, es lo más común que sean de fetidez extraordinaria, debido á la descomposición de los alimen-

tos y á la de los productos propios de la neoplasia. Cuando la evolución de ésta va acompañada de un proceso supuratorio, la fetidez de los eructos y del aliento de los enfermos se hace verdaderamente insoportable.

La aparición de los *vómitos* guarda íntima relación con la región en que está implantada la neoplasia: frecuentísimos cuando lo es en el píloro, pueden faltar completamente cuando está situada en otras regiones, principalmente en la pared posterior del estómago, siendo muy variable el carácter de las materias vomitadas, según el tiempo transcurrido entre la ingestión de los alimentos y su expulsión, y también según haya ó no hemorragias que comuniquen á aquéllos el aspecto de posos de café, tan característicos, no del carcinoma, sino de todo proceso hemorrágico del estómago, lo cual, como comprenderéis, es muy distinto. Más adelante, al hablar del examen del contenido gástrico, abordaré con más extensión este asunto. Prescindiendo de la existencia de la sangre en las cámaras, la alteración de las deposiciones ofrece poco de característica en lo que respecta al cáncer gástrico, contrastando este hecho con lo que ocurre en el cáncer del intestino, en el que son de un valor sintomatológico y diagnóstico grandísimo. Algunos enfermos presentan una perfecta regularidad en sus deposiciones; en otros aparece un pertinaz estreñimiento, y en no pocos diarreas dificilísimas de cohibir. Se comprenden fácilmente tales diferencias, teniendo en cuenta que las alteraciones de las cámaras dependen más bien de los trastornos intestinales que de las lesiones cancerosas del estómago. Precisa hacer una excepción en lo que se refiere al cáncer del píloro, que va acompañado casi siempre de gran estreñimiento, fácilmente explicable por el obstáculo mecánico que ofrece al paso de los alimentos y los abundantes vómitos que determina.

Los síntomas objetivos son indudablemente de mayor importancia, especialmente los datos suministrados por la palpación del vientre. Ella, en efecto, nos permite reconocer la existencia del tumor y seguir sus movimientos cuando se obliga al enfermo á hacer inspiraciones profundas; aun en los casos en que falte el tumor, se notan á veces resistencias anormales de la pared anterior del estómago, que cuando coinciden con otros síntomas de que hablaré más adelante, nos pueden hacer sospechar la existencia de un cáncer en sábana. En muchos casos, la palpación permite reconocer, no sólo la existencia del tumor, sino también el sitio en que éste se halla implantado.

En contra de lo que generalmente se cree, no es el píloro la región del estómago en que con más frecuencia se implantan los carcinomas. Lo que ocurre es que muchos que nacen en otros sitios llegan, por propagación, á dicho orificio. Hauseman, Mickulicz, Israel

y otros han comprobado la frecuencia del cáncer en la curvadura menor, pero que en su marcha invasora ganan el orificio pilórico. Los tumores implantados en la pared posterior son de todo punto inaccesibles á la palpación, y de igual manera los de la curvadura menor cuando las inspiraciones profundas no permiten que ésta rebase del reborde costal. También es frecuente que los tumores pilóricos permanezcan escondidos detrás del lóbulo izquierdo del hígado, y recientemente habéis tenido ocasión de ver un caso notable en todos conceptos, en el que, además de no percibirse tumorosidad ninguna, la cantidad de ácido clorhídrico libre era igual á la normal, y sólo la existencia de una gastro-ectasia considerable con retención alimenticia permitió diagnosticar una estenosis pilórica. Al practicar la gastro-enterostomía, se vió que el enfermo era portador de una neoplasia que, arrancando de la curvadura menor del estómago, se extendía por el píloro y parte posterior del duodeno.

Todos vosotros habéis tenido ocasión de observar la desviación que los tumores del estómago sufren en el acto respiratorio. Cuando la palpación se hace con cuidado, se nota que los tumores pilóricos descienden poco ó nada en el momento de la inspiración, excepción hecha de los que están sujetos por bridas al hígado, y que, como es natural, siguen el movimiento de descenso de este órgano en las inspiraciones profundas.

Los carcinomas de las curvaduras presentan, por el contrario, grandes desviaciones, ofreciendo además la característica de la *inamovilidad espiratoria*.

En efecto: si siguiendo el procedimiento de Minkowski, se coge fuertemente el tumor durante la inspiración, se observa que la neoplasia no asciende sino cuando se deja libre el tumor, particularidad que diferencia los cánceres pilóricos de los de las curvaduras y de los que tienen su asiento en otros órganos vecinos.

Claro está que la percusión se combina siempre con la palpación al inspeccionar el vientre; pero es preciso confesar que, salvo la sensación de resistencia insonora que algunas veces se percibe, es dato de escasísimo valor diagnóstico.

Uno de los procedimientos de exploración que suministra datos de la mayor importancia es la insuflación del estómago. Desde hace ya mucho tiempo he renunciado á practicarla por el antiguo procedimiento de la ingestión del bicarbonato de sosa y ácido tártrico, método que si tiene la ventaja de la sencillez, tiene en cambio los gravísimos inconvenientes de provocar unas veces distensiones molestas y aun peligrosas de las paredes del estómago, y otras de producir una distensión insuficiente.

Por eso me veis recurrir siempre á las insuflaciones con aire que pueden graduarse en los justos límites que convengan al obser-

vador y que sean tolerables para el enfermo. Conociendo los movimientos de rotación que sufre el estómago bajo la influencia de su repleción, se explica perfectamente que algunos tumores se hagan fácilmente perceptibles al tacto, y que otros desaparezcan por completo. Así, por ejemplo, los tumores pilóricos se desvían hacia la derecha y abajo; los de la curvadura menor que se desvía hacia atrás, desaparecen casi por completo, al contrario de lo que sucede con los de la curvadura mayor, que se hacen fácilmente perceptibles.

Permite además la insuflación determinar cuándo existe ó no dilatación gástrica y descenso del estómago, condiciones de gran importancia cuando haya de procederse á un tratamiento quirúrgico. Puede combinarse la insuflación del estómago con la intestinal, y mejor aún inyectando grandes cantidades de agua dentro del intestino. Por estos medios pueden diferenciarse muchas veces los tumores situados en el estómago de los implantados en otros órganos. A continuación tengo el honor de presentaros las conclusiones deducidas por este método, en el siguiente cuadro sintético expuesto por Boas:

## Tumores

| | POR LA INSUFLACIÓN DEL ESTÓMAGO | POR LA INYECCIÓN DE LOS INTESTINOS |
|---|---|---|
| 1.° Del estómago. *a*) Píloro. | Se desvían hacia la derecha y abajo. | Todos los tumores del estómago se desvían sencillamente hacia arriba. |
| *b*) Pared anterior del estómago y curvadura mayor. | Se palpan en mayor extensión, y se nota que sus límites son indeterminados. | |
| *c*) Curvadura menor. | Desaparecen por completo. | — |
| 2.° Del hígado. | Se desvían hacia arriba y á la derecha, por lo cual puede palparse con mayor claridad el borde anterior del órgano. | El límite inferior se desvía hacia arriba, y si existe un tumor de la vejiga biliar, será comprimido hacia adelante. Si los tumores son muy grandes, pueden faltar por completo los cambios de posición. |
| 3.° Del bazo. | Se desvían hacia la izquierda, y á menudo también hacia abajo. | Se desvían hacia arriba y á la izquierda. De este modo se demuestran los tumores movibles en la región esplénica normal. |
| 4.° Del intestino grueso. | Descienden. | No ascienden. |

| | POR LA INSUFLACIÓN DEL ESTÓMAGO | POR LA INYECCIÓN DE LOS INTESTINOS |
|---|---|---|
| 5.° De los riñones. | — | Al principio se desvían algo hacia arriba, y, por último, desaparecen en la profundidad. El riñón movible reaparece por este medio en su verdadera región. Cuando hay grandes neoplasmas de los riñones, solamente resulta confuso el borde interno. |
| 6.° Del epiplón mayor. | Se desvían hacia abajo. | Se desvían hacia abajo. |
| 7.° Del páncreas. | Desaparecen al insuflar el estómago. | — |

Al lado de la insuflación merece figurar la gastro-diafanoscopia; este procedimiento tiene, sin embargo, un valor limitado, puesto que los músculos rectos anteriores dificultan la trasiluminación de una porción muy considerable del estómago.

Otro tanto puede decirse que ocurre en los tumores pilóricos cubiertos por el lóbulo izquierdo del hígado; pero fuera de estos casos, no puede dudarse que cuando á otros síntomas subjetivos y objetivos se une la presencia de manchas oscuras perceptibles por la gastro-diafanoscopia, constituyen éstas un dato de un valor clínico indiscutible.

La gastroscopia ofrece en el diagnóstico de las neoplasias gástricas una esfera de acción más limitada que la gastro-diafanoscopia. Contribuyen á esto el difícil manejo de los instrumentos, su carestía y, sobre todo, el ser una exploración no exenta de peligros y muy molesta para el enfermo.

De todos modos, en los casos dudosos debe recurrirse á ella, siempre que las condiciones del sujeto lo permitan. Mis observaciones respecto de este asunto son muy limitadas (siete casos), y aun empleando el gastroscopio de Rosenheim los resultados obtenidos nada tenían de concluyentes.

El examen del contenido gástrico es el que ofrece ciertamente los datos de mayor valor clínico. Por este medio pueden, en efecto, apreciarse no solamente las alteraciones en la composición química del jugo gástrico, sino también la retención alimenticia, dato de gran importancia en el diagnóstico de los carcinomas gástricos, especialmente de los que tienen su asiento en el píloro; y aunque la insuficiencia motriz del estómago no sea carácter privativo del cán-

cer, y aunque existan otros medios para reconocerla, como el de Ewald y Siewers, el de A. Huner y otros, ninguno da tanta certidumbre como la que suministra el recogido gástrico, hecho siete horas después de haber ingerido el enfermo una comida de prueba, ni los trastornos motrices dejan de tener una importancia grandísima en esta dolencia.

Respecto á la composición química, destácase en primer término la disminución considerable ó falta absoluta del ácido clorhídrico libre.

Hace ya muchos años que en un trabajo publicado en la *Revista Clínica de los Hospitales* acerca de las anaclorhidrias hacía constar que la falta de ácido clorhídrico en el jugo gástrico no podía considerarse en modo alguno como síntoma patognomónico del carcinoma gástrico, no sólo por existir otros procesos morbosos en que aparece dicha alteración, sino también porque en muchos casos de carcinoma, especialmente en los del píloro, se encuentra la reacción del ácido clorhídrico libre.

Como la anaclorhidria es la consecuencia de la destrucción glandular, explícase perfectamente que aparezca dicho síntoma en todos los procesos capaces de provocar dicha destrucción, y pueda faltar, por el contrario, en los cánceres que están perfectamente limitados.

A pesar de esto, la falta de ácido clorhídrico en el jugo gástrico constituirá siempre un dato de gran valor en el diagnóstico del cáncer gástrico.

Al lado de la falta de ácido clorhídrico aparece con mayor importancia todavía la presencia del ácido láctico. Considero innecesario advertir que para evitar toda causa de error debe elegirse una comida de prueba en que falten los elementos capaces de llevar por sí solos el ácido láctico al estómago. Basta recordar que la presencia del ácido láctico es síntoma que se presenta, según la mayoría de los observadores, en un 75 ú 80 por 100 de los carcinomas del estómago, para comprender toda la importancia que este dato tiene. Si su formación es debida á la retención alimenticia y á la falta de ácido clorhídrico ó, como cree Strauss, que es motivada por la permanencia de los bacilos de dicho ácido en las anfractuosidades de los tumores, es asunto que no podemos discutir ahora; pero es lo cierto que si su falta no puede considerarse como signo de la no existencia de una neoplasia, su aparición es un dato que si no puede considerarse como patognomónico, es, sin embargo, de un valor extraordinario.

Otro síntoma de indiscutible interés es el del examen microscópico de las partículas recogidas en los lavados del estómago, entre las cuales se obtienen alguna vez células ó nódulos cancerosos que contribuyen grandemente á esclarecer el diagnóstico. Como este

signo sólo se presenta en los períodos tardíos del carcinoma y cuando ya existen otros datos clínicos de gran importancia, Hemmeter ha propuesto el raspado de la mucosa gástrica, con objeto de poder deducir por su examen histológico la falta ó presencia de una neoplasia gástrica. Pero si se tiene en cuenta que en los períodos iniciales de estos tumores la neoplasia está muy circunscrita, se comprende bien que en el período precoz, que es donde pudiera ser de alguna utilidad este procedimiento, el raspado de la mucosa suministre datos muy inciertos. Si á esto se une que, por prudencia y habilidad con que se haga la maniobra, ésta no deja de ofrecer serios inconvenientes y peligros, explícase perfectamente el poco éxito que ha tenido este procedimiento.

La presencia del pus y la sangre en el contenido gástrico es un dato de importancia extraordinaria, según las observaciones de Boas, con las cuales están absolutamente conformes las muchas que he tenido ocasión de hacer. Cuando la sangre se presenta en grandes cantidades, claro está que no puede caber duda alguna respecto de su existencia; pero no sucede lo mismo cuando existen pequeñas cantidades que pueden pasar completamente inadvertidas. Creería ofender vuestra ilustración si me ocupara extensamente acerca de lo que recientemente se han llamado hemorragias ocultas, de la manera de descubrirlas y de su importancia semeiológica; pero no me cansaré de repetiros que son observaciones que deben practicarse siempre, por poco sospechoso que el enfermo parezca. No es de extrañar que después de estas observaciones, el tanto por ciento de las hemorragias en los cánceres gástricos haya aumentado en más de un 50 por 100, justificando la aseveración de Carle y Fantino, para quienes la presencia de la sangre, unida á la del ácido láctico, y la falta de ácido clorhídrico, constituyen un síndrome patognomónico del cáncer del estómago.

Merece citarse, aunque no es de ninguna manera tan frecuente, la presencia del pus, ya en estado de pureza, ya contenido en el moco, según pudo apreciar Conheim. Como las supuraciones agudas del estómago sólo recaen en procesos que en modo alguno pueden confundirse con el cáncer (la gastritis flegmonosa, por ejemplo), y dichos procesos no aparecen jamás en las afecciones benignas, claro está que la presencia de los elementos piógenos, sobre todo cuando aparece asociado con la sangre, adquieren excepcional interés. En estos casos, es preciso seguir muy de cerca la observación del enfermo para evitar errores como el de un distinguido colega nuestro, que diagnosticó una neoplasia cancerosa por la presencia constante del pus en las materias vomitadas. Una observación minuciosa y prolongada de la enferma demostró que se trataba de una colección purulenta, producto de una perigastritis, que

había buscado su orificio de salida en el estómago. La circunstancia de ser este orificio muy pequeño fué causa de que la evacuación se hiciera con gran lentitud, dando origen al error de diagnóstico.

Antes de abandonar el estudio de los datos suministrados por el jugo gástrico, he de ocuparme de un procedimiento enunciado por Salomon en 1903, y considerado por él y algunos otros autores como suficiente para suministrar datos ciertos de la existencia de un cáncer del estómago. La técnica de este método es la siguiente: el enfermo ingiere de diez á once de la mañana una alimentación líquida, y á las dos de la tarde otra líquida también y completamente exenta de albúminas, como caldo desengrasado, café, vino, etc., para facilitar una absoluta limpieza del estómago; á las nueve se hace el lavado del mismo hasta que el líquido salga completamente claro. Después de esto, el enfermo no vuelve á recibir alimento alguno, y á la mañana siguiente se inyectan por la sonda cuatrocientos centímetros cúbicos de una solución fisiológica de cloruro de sodio, que se retirará y volverá nuevamente á ser pasada al estómago, elevando y descendiendo el embudo hasta que el líquido adquiera un aspecto opalino verdoso que indique que ha estado en contacto con la superficie del estómago. En el líquido así obtenido se determina la cantidad de nitrógeno por el método de Kjeldahl, y la de albúmina por el de Esbach. En los casos de catarros gástricos crónicos, dispepsias nerviosas, gastroptoses, etc., el líquido no da ninguna reacción con el reactivo de Esbach, ó á lo sumo presenta una ligera opalescencia. El contenido en materias nitrogenadas oscila entre 0 y 16 miligramos por 100 centímetros cúbicos. Tales proporciones encuéntranse también en la úlcera crónica; por el contrario, en todos los casos de carcinoma gástrico, la reacción de Esbach es muy intensa, pudiendo calcularse de $^1/_{16}$ á $^1/_2$ por 100 centímetros cúbicos de materias nitrogenadas entre 10 y 70 miligramos por 100 centímetros cúbicos. Según las observaciones de Salomon, pueden considerarse como cancerosos los enfermos crónicos de estómago cuando dan la reacción de Esbach y el contenido en materias nitrogenadas es de 20 miligramos en 100 centímetros cúbicos.

No todos están conformes con las apreciaciones de Salomon, y así vemos, por ejemplo, que Sigel afirma que si bien el precipitado en copos albuminoídeos puede constituir un signo distintivo del carcinoma, el límite de las materias nitrogenadas debe elevarse á 25 miligramos por 100 centímetros cúbicos, puesto que en la úlcera gástrica la oscilación de estas materias puede variar entre el 14 y el 21, y en un caso de estenosis benigna del píloro consecutiva á una úlcera, dicha cifra se eleva á 28 miligramos por 100 centímetros cúbicos. Además, en dos casos de carcinoma encontró solamente indicios de la reacción de Esbach, motivos que le inducen á considerar

este método poco decisivo para afirmar la existencia de un carcinoma.

En sentido análogo se expresan Bereut y Gutmann, quienes afirman que es imposible, por el procedimiento que estudiamos, la diferenciación entre la úlcera del estómago y el cáncer ulcerado, existiendo iguales incertidumbres respecto del diagnóstico en los casos de carcinoma infiltrante sin ulceración.

Si examinamos los fundamentos científicos del método de Salomon, nos encontramos que las mucinas y sustancias mucinógenas son susceptibles de producirse en grandes cantidades en los casos de gastritis crónicas, y aun sin existir éstas, por el solo hecho de la introducción de la sonda.

Las albuminosas y peptonas no pueden en realidad ofrecer nada de característico, y en cuanto á las albúminas, los datos obtenidos hasta el presente, por todos los observadores, son muy variables. Cuanto á los nucleo-proteidos y las bases de purina, tampoco pueden ofrecer nada de característico, puesto que su existencia y precipitación no son privativos de ningún proceso gástrico determinado. En comprobación de esto, J. Simon ha estudiado la reacción de las precipitinas, administrando á seis personas, durante uno á tres días, cuatro huevos crudos, y otro individuo que servía de contraprueba no ingería en todo este tiempo ningún huevo. El análisis del recogido del contenido gástrico de estos sujetos no permitió sacar conclusión alguna que comprobase la exactitud del procedimiento de Salomon.

Si desde el punto de vista puramente químico pasamos á las observaciones clínicas, ya hemos visto cómo se pronuncian en contra los autores arriba citados, y en igual sentido se expresa Ziskelbach en un trabajo publicado recientemente, cuyas observaciones han recaído sobre cuatro enfermos de dilatación gástrica, tres de enteroptose, tres de hiperclorhidria, diez de carcinoma del estómago, dos de estrecheces pilóricas, tres de enfermedades febriles y dos de crisis gástricas.

Los resultados obtenidos por este autor no permiten sacar ninguna conclusión exacta, inclinándose, sin embargo, á la opinión de Reicheustein, para quien el método de Salomon no da resultados positivos en los casos dudosos; pero que sumado á otros síntomas, puede ser de verdadera utilidad en el diagnóstico del cáncer del estómago, á excepción de los casos en que no existe ninguna ulceración.

Por lo que á mí se refiere, el procedimiento de que hablo me ha dado resultados positivos en cuatro casos de cáncer del ventrículo abdominal, completamente negativo en dos y dudosos en cinco por no haberme sido posible seguir la historia de los enfermos, y no estar, por consiguiente, seguro del diagnóstico de su padecimiento.

Sólo á título de curiosidad merece citarse un procedimiento propuesto recientemente y que consiste en el análisis histo-químico de las partículas alimenticias adheridas á las paredes del estómago y obtenidas después de un largo período de ayuno por medio del lavado. Se comprende perfectamente que semejante procedimiento no pueda conducir á ningún resultado práctico, pues son infinitas las enfermedades gástricas en que existen abundantes secreciones mucosas, que determinan la adherencia prolongada de dichas partículas á las paredes del estómago.

Para terminar lo que respecta al examen del contenido gástrico, réstame ocuparme del estudio bacteriológico del mismo. No existiendo al presente ningún microorganismo á que pueda atribuirse la patogenia del cáncer, claro está que sería ilusorio pretender hallar en la presencia de éste un síntoma patognomónico. No puedo, por tanto, referirme á observaciones dirigidas en este sentido. Pero como algunos han considerado el bacillus de Schlerniger y Kaufmann como signo, si no patognomónico, cuando menos de grandísima importancia en las neoplasias cancerosas del estómago, no puedo menos de mencionar este dato para afirmar que semejante bacillus es un microorganismo propio de la fermentación láctica, y si bien ésta tiene verdadero valor en el diagnóstico del carcinoma gástrico, no puede, en modo alguno, atribuírsele un papel específico, toda vez que hay muchos procesos gástricos que van acompañados de la presencia del ácido láctico en el contenido gástrico y que en modo alguno pueden considerarse cancerosos. Puede desde luego asegurarse que todos los casos de retención alimenticia presentan este síntoma, y sabéis tan bien como yo cuán grande es el número de enfermos portadores de estrecheces pilóricas de carácter benigno.

---

# UN IMBÉCIL

Por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero

De la Beneficencia municipal, por oposición, y Director del Sanatorio del Pilar.

La historia que voy á relatar puede proyectar alguna luz sobre la doctrina de la imbecilidad. Porque en ella no está todo aclarado, ni mucho menos. Hábito exterior: B. F., de treinta y tres años de edad, natural de Bilbao. Era el menor de cuatro hermanos. Estos gozan de buena salud orgánica y mental. Han concluído con éxito sus carreras, y las ejercen con brillantez. B. F. era delgado; su actitud, encorvada. El color del rostro, pálido. La mirada, vaga, sin fijeza. Los párpados superiores, con tendencia á caer. La nariz, un poco desviada de la línea media. La dentadura, escasa. Los dientes que

le quedaban, cariados. La cabeza, muy pequeña con relación á la cara.

Antecedentes personales, suministrados por un hermano: Dentición penosa y tardía. Durante ella estuvo varias veces á la muerte por complicaciones gastro-intestinales. De la escuela fué rechazado porque nada comprendía. Era objeto de las burlas de sus condiscípulos. Convencida la familia de esta amarga verdad, no trataron ya de instruirle. Creyeron que podría aprender un oficio, y le hicieron aprendiz de sastre. Estuvo á las órdenes de varios maestros. Tampoco pudo adiestrarse en esa ocupación. Permaneció, no obstante, en el taller varios años. Le ocupaban en cosas insignificantes, como barrer, llevar algún recado, y otras. No trataban de enseñarle, porque sabían que era inútil. Por lo demás, no era malo. Resultaba uno de esos tipos que al egoísta le hacen reir y al caritativo llorar.

Así hubiera seguido su camino en la existencia: sin ser útil, pero tampoco dañino. Un ataque maníaco vino á alterarla. Bajo la influencia del delirio, quiso matar á su padre. Sacó un cuchillo, y costó mucho trabajo quitárselo. Aunque de pocas fuerzas, éstas aumentaron por la rabia que le dominaba. Desde entonces, síntomas de excitación. Rechazo de alimentos. Locuacidad incoherente é insubstancial. Agitación. Varias fugas de la casa. Amenazas de suicidio.

Consecuencias: intranquilidad creciente de la familia. Imposibilidad de trabajar. Temor muy lógico á un acontecimiento funesto.

Resolución: el aislamiento del paciente bajo la dirección médica.

Sintomatología: vida vegetativa decadente. En resumen, organismo con prematura vejez.

A los treinta y tres años, caracteres de senilidad. Así lo demuestra el estado de los tejidos epiteliales y epitelioídeos. Dientes escasos y cariados. Uñas quebradizas. Cabellos fáciles de desprender. Muchos caían con el peine. La barba, creciendo por grupos y dejando espacios claros. Alternativas de estreñimiento y diarrea. Esta en ocasiones muy pertinaz. Como que la desnutrición de B. F. era producto de su perturbación digestiva. Circulación débil también. Siempre estaban sus manos y sus pies fríos. Astenia de la circulación periférica. Respiración superficial. Hematosis imperfecta. Poliuria.

Estado anímico muy curioso. Necesidad de estar muy abrigado en todo tiempo. Llevaba por lo menos tres chalecos. La tarea de vestirse era una operación complicada: invertía de una hora á hora y media. Sentía impulso de movimiento, y su ocupación única era ésta: recogía durante el día cuanto hallaba por el suelo. Pedazos de cristal, clavos, alfileres, papeles, estampas, trozos de madera y objetos de esa especie. Después los guardaba en su baúl. Pasaba horas enteras en clasificar su colección. Y había que respetársela, porque

en caso contrario se ponía agresivo. Memoria: recordaba algo de su pasado reciente, poco del lejano. Entendimiento: ausencia de instrucción. No sabía decir la hora que señalaba un reloj.

Nunca hablaba espontáneamente. Había que interrogarle, y con insistencia, para conseguir una respuesta. Esta, ó monosilábica ó de muy pocas palabras. Al continuar la conversación, señales de impaciencia y fuga. Signo de cerebro inválido; *evitar la relación interpsíquica* (los oradores podrán ser malos, pero no tontos). Afectos: completa insensibilidad moral. No preguntaba por sus padres y hermanos, ni deseaba saber cuándo se reuniría con ellos. Vivía entre su pasado, cuyo valor había sido *cero,* y su porvenir, representado por la misma cifra: una estancación del progreso, un paréntesis conteniendo un espacio en blanco, sin una línea trazada por el pensamiento. Voluntad: la facultad soberana ante la cual se doblega todo, en el límite de nuestra flaca naturaleza, estaba en B. F. reducida á la impulsión coleccionista. He aquí los motivos que solicitaban su querer: aquellos objetos inservibles que hubiera rechazado un trapero, le parecían un tesoro inestimable; los miraba con cariño, y los contemplaba con una delectación semejante á la del avaro que cuenta por centésima vez sus doblones en el silencio de la noche, ó á la del sabio que considera en su interior el caudal siempre creciente de sus ideas, las cuales, adquiridas por el esfuerzo de su entendimiento, se encuentran en un sitio en que *nadie* se las puede arrebatar. Conciencia: en B. F., ni desorientación, ni grande turbación de esta facultad del espíritu. Libre albedrío: no tiene libertad moral aquel cuya inteligencia no está íntegra, por cualquier causa que sea.

Curso: iniciada tan pronto la imbecilidad en este sujeto, no sufrió aumento, pero tampoco disminución; se estacionó. Varios años permaneció á mi cuidado; primero, en la casa de salud que fundó mi padre (q. d. D. g.), que fué el núcleo primero de la actual enfermería del Sanatorio del Pilar. Más tarde, al hacer el traslado de los enfermos á éste, vino también B. F. Al cabo de dos años, contrajo una tuberculosis pulmonar de marcha rápida, que le mató en breve plazo.

La tuberculosis es la enfermedad que acaba con los débiles. Siempre que una nutrición mala impurifica la sangre, languidece la circulación. La función nerviosa, la más aristocrática de todas, decae antes que ninguna. La astenia bulbar es consecuencia del mal estado de la sangre, y en el bulbo se hallan los centros respiratorios. ¿No es lógico pensar que á su debilidad nutritiva corresponderá una disminución evidente de su función? Y si la función del centro decae, ¿no decaerá también la de la periferia, que depende de aquél? Y á la astenia nerviosa, ¿no seguirá una astenia respira-

toria por ser ésta una función subordinada? Y un pulmón afecto de astenia respiratoria, ¿no constituye un lugar de menor resistencia? ¿No es un excelente terreno para la vida del bacilo de Koch? Así me explico yo la tuberculización que puso punto á la sombría situación del desgraciado B. F. En punto á terapéutica, debe ser sintomática. Hay que hacerles útiles á la sociedad; enseñarles un oficio; ponerles en contacto con personas buenas que les amen, siempre bajo su tutela. El Sanatorio, sólo en los casos de imposibilidad de convivencia.

---

# NEUROPATIAS ESPECÍFICAS

## SU GRADO DE CURABILIDAD

POR EL DR. D. JOSÉ SALAS Y VACA

Médico, por oposición, del Hospital de la Princesa y del Real Hospital del Buen Suceso.

Es un criterio generalmente prodigado, y perjudicial por el desencanto que ocasiona, el de que la mayoría de los procesos orgánicos á que puede dar lugar la sífilis son curables si á tiempo se interviene con una enérgica medicación específica.

De la evolución de los procesos anatómicos á que puede dar lugar la sífilis, hay que esperarlo todo; en sífilis puede curarse *todo, hasta lo imposible*, según Ricord; pero, á pesar de esto, cuántas decepciones se sufren en la clínica neurológica cuando á la vista de un enfermo con una lesión nerviosa reciente suponemos su causa en una sífilis próxima, y pronosticamos su curación total; tan frecuentes son los casos de esta índole, que al someter á un enfermo al tratamiento específico sin positivos resultados, llegamos á dudar si su infección venérea tendría ó no alguna parte etiológica en el conjunto morboso que observamos.

Pecaríamos de injustos negando su participación á la sífilis en estos casos rebeldes, por olvidar que ciertas clases de sífilis (dado lo variable de sus manifestaciones y desenvolvimiento) son capaces de evolucionar con una latencia perniciosa hacia el terciarismo, por no ser combatidas en su principio; y otras, aun con energía tratadas, llegan á estas localizaciones irreparables, por tendencia desastrosa á una marcha que detenta nuestros esfuerzos.

En cuantas estadísticas de este proceso mencionan los autores, vemos que el terciarismo específico, con sus manifestaciones en el sistema nervioso, es patrimonio más bien de sífilis benignas, sin duda porque en ellas faltó la necesidad terapéutica, y pasaron sus etapas libres de un plan riguroso de extinción. Pero, por otra parte, enfermos de localización terciaria del mal, relatan una completa

medicación seguida desde el principio y regulada por la necesidad á que sus manifestaciones obligaron, ya por un sistema oportunista, ya por un tratamiento intensivo y permanente.

En la sífilis, como en todas las infecciones, se establece la lucha entre ella y el organismo en que se implanta, á cuyos factores, por predominio de uno ú otro, hay que atender para cargar en cuenta el éxito ó los desastres de la batalla. En esta clase de enfermedad, por el hecho de que la terapéutica cuenta con medios en cierto modo eficaces, bien podemos prestar al terreno una ayuda que triunfe la mayor parte de las veces. Pero en la sífilis se observa una latencia de tal carácter, en la que los prácticos han fundado juicios más ó menos ciertos, para deducir la rebeldía con que se manifiestan ciertas clases del mal, á una terapéutica activa y completa.

Sin prejuzgar las formas de tratamiento, improcedentes é ineficaces por los preparados empleados, vías de administración, etc., sin olvidar la mayor ó menor receptividad orgánica al poder terapéutico del mercurio; pero teniendo presente la condición inherente á la naturaleza del mal, se ha supuesto, con razón á nuestro modo de ver, que en ciertos casos la sífilis cede en su marcha y retrograda hacia la curación si se trata en los períodos activos de sus manifestaciones; pero en las latencias sintomáticas, en esas fases en las cuales el proceso como durmiente redobla su actividad, creándose por sus gérmenes la resistente semilla (Diday) que garantiza su poder morboso, y que á modo de esporos bacterianos se disponga á redoblar su desastrosa marcha, quemando sus etapas para llegar al terciarismo con sus localizaciones nerviosas, en estos casos, repetimos, la medicación más enérgica resulta á veces impotente; y de aquí que la clínica nos ofrezca enfermos de neuropatías sifilíticas sin grandes y visibles manifestaciones de una infección tratada en balde por los métodos intensivos y prolongados.

A estas sífilis se debe, sin duda, lo que tanto se ha hecho intervenir de accidentes parasifilíticos como causa de lesiones de los centros nerviosos; y que según este juicio antes mencionado, no serían ya accidentes patológicos que, evolucionando alrededor y teniendo por base la sífilis, dejaran de influirse por una acertada medicación específica, sino que serían estas mismas sífilis latentes, que no siendo justiciables en estos períodos de latencia por un plan curativo, redoblarían durante ellos su actividad, para llegar fatalmente al período terciario.

El mismo profesor Fournier, que con su experiencia personal autoriza las conclusiones de su práctica, afirma que ninguna medicación ni forma de tratamiento empleado es capaz de garantir al sifilítico una curación total de su proceso, ni ponerle al abrigo de sus manifestaciones terciarias; afirmando el profesor citado que «un

enfermo tratado con riguroso método tiene muchas probabilidades de verse libre de su mal en el presente y porvenir, de no hallarse sujeto á nuevos accidentes y de quedar limpio de sífilis». El estado actual de la cuestión no autoriza á más explícitas manifestaciones, pero juzgamos humildemente la desproporción entre tan autorizada práctica, y la explícita afirmación del profesor de San Luis.

Con una historia más ó menos clara de sífilis, llegan á los neurólogos enfermos cuyos sufrimientos se manifiestan por una neurosis más ó menos latente y modificable en muchos casos, ó con lesiones avanzadas ante las cuales se rinde la terapéutica mejor planteada y dirigida.

Respecto á la intervención etiológica de la sífilis, es tan difícil juzgar de las lesiones incontestablemente específicas de los centros nerviosos, que la *historia* de estos procesos se confunde en parte con la que preside la evolución de las neuropatías sistemáticas y difusas. Estas lesiones, por su naturaleza, se comportan en los centros nerviosos de igual manera que en los demás tejidos, teniendo su punto de origen en la trama conjuntiva y vasos del órgano, y afectando de modó secundario á sus elementos nobles. Pero su historia no debe, en justicia, considerarse como hecha en época reciente, pues algunas de sus complicaciones fueron señaladas en los tres siglos pasados por Ulrich de Hutten, Astruc y Van Swieten; los gomas del frontal con invasión cerebro-meníngea han sido referidos por Morgani, Virchow *(Uber die Natur der constitutionel syphilitischen*, Archiv, 1858) y Lancereaux *(Des afections nerveuses syphilitiques*, 1816), han contribuído en gran manera al impulso de estos trabajos. Heubner, en 1874, describió la arteritis cerebral sifilítica: Legreau, Zambaco en Francia, Hutchinson en Inglaterra, Oppenhein en Alemania, han dado gran impulso á trabajos completados más tarde por Charcot, Degerine y Fournier, de quien puede considerarse su obra como la recopilación bíblica de la sífilis nerviosa.

## NEUROSIS ESPECÍFICAS

En el complicado concurso causal que las neurosis ofrecen en la clínica, vemos algunas veces á la sífilis tomar una importantísima parte en la etiología de la *neurastenia* y de la *epilepsia*. En la primera, la intervención específica es tanto subjetiva como tóxica; en la segunda, aparece ya en la forma hereditaria ó adquirida, parece que toda la intervención de la sífilis se refiere á la intoxicación nerviosa que la afección produce.

En el primer caso, la idea de sífilis es suficiente para acarrear en los predispuestos el estado de depresión mental y de terror que caracteriza la sifilofobia, siendo susceptible de modificarse á veces

con sólo iniciar un tratamiento que, modificando síntomas visibles por el enfermo ó sentidos por él, origine su tranquilidad para el porvenir.

La acción tóxica de la sífilis desenvuelve su influencia morbosa en estos predispuestos, creando la debilidad irritable caracterizadora en la neurastenia, que confundidos y entremezclados sus síntomas con la cefalea que acompaña á uno y otro síndrome, se completa con la debilidad mental, fatiga cerebral, insomnio y simplicidad en las concepciones psíquicas que con frecuencia nos presentan sujetos sifilíticos, para cuyo tratamiento reclaman sólo una medicación específica.

En la epilepsia, aparte de la localización encefálica del período terciario, responsable del síndrome sintomático y parcial de esta neurosis, la herencia sifilítica es la responsable, la mayoría de las veces, de la epilepsia precoz, que, de origen tóxico, es justiciable por una medicación específica, como lo demuestra la observación siguiente de la forma hereditaria del síndrome:

Muchacha de diez y nueve años, sirviente, hija de padre sifilítico, que á los diez años presenta ataques epilépticos frecuentes de aparición nocturna, con mordedura de la lengua y emisión involuntaria de orina; mejora un poco con la medicación bromurada, hasta que en Noviembre de 1905 presenta nuevos y frecuentísimos ataques, que desaparecen con la medicación mercurial.

La forma adquirida de la neurosis es tan frecuente, que entre nuestras observaciones figura la de una muchacha de veinticinco años, casada, con contagio específico, que presenta manifestaciones mucosas y cutáneas y una epilepsia típica de frecuentes ataques, que mejora con la medicación específica.

En el terreno de la suposición racional, la epilepsia, que cede á una medicación antisifilítica, no puede encontrarse relacionada con residuos de meningo-encefalitis infectivas fetales, ni con alteraciones vasculares persistentes, ni traumatismos operatorios que, al producir lesiones indelebles, darían lugar, más bien que á formas pasajeras, á neurosis de ataques recidivantes y de marcha crónica. De causa tóxica serían tanto las epilepsias hereditarias como las adquiridas en los primeros períodos de la infección; y en la compleja patogenia de la neurosis hemos de tener presente, desde la intoxicación cerebral producida por el virus circulante, hasta las alteraciones vasculares que, muy prematuras como lesión sifilítica, originan alteraciones del riego encefálico, suficientes, según Kussmaul y Tanner, para dar lugar á las diferentes formas del mal comicial.

Estas manifestaciones de la sífilis son las más simples que la clínica neurológica puede ofrecernos, y que pocas veces llega la necrop-

sia á resolvernos su manera de ser íntima, haciendo gran contraste con aquellos otros que, patrimonio de los últimos períodos de la sífilis, dan el conjunto de alteraciones estructurales que caracterizan las

### LESIONES ANATÓMICAS DE LAS NEUROPATÍAS SIFILÍTICAS

Las alteraciones de las cubiertas óseas de los centros nerviosos; la sífilis de la columna vertebral con destrucción de los cuerpos vertebrales; las exóstosis que estrechan su conducto, determinando compresiones medulares; la caries del cráneo con meningocele fungoso, etc., no son frecuentes más que en ciertos casos de sífilis malignas ó en procesos abandonados que corren sus etapas sin la oposición del menor tratamiento. Las lesiones más frecuentes, las que convienen á nuestro estudio por lo que de curables tengan, son las que afectan los vasos, las meninges, los centros nerviosos y los nervios mismos en su origen y prolongación extracentral.

El aparato vascular es sin duda alguna el que más pronto se altera por lesiones de naturaleza específica, siendo de notar que ésta no sólo se presenta en períodos avanzados del mal, sino también que su aparición es tan precoz, que ya en la anatomía patológica del chancro se ven aparecer las endarteritis y las obliteraciones arteriales.

¿Hay alguna lesión que pueda considerarse como específica y propia de la alteración vascular sifilítica? El goma de las paredes arteriales, con ser lesión encontrada á veces, no es, ni con mucho, frecuente entre estas alteraciones. Pero si nos atenemos á la evolución patogénica del proceso vascular que estudiamos, comprenderemos fácilmente de qué manera pueden afectarse todas las túnicas arteriales cuando la interna sufre las lesiones endarteríticas por influencia directa (toxihemia) y las demás se afectan por los vasa vasorum nutricios. De esta manera se origina una lesión compleja que reproduce la forma obliterante y aneurismática de la arteritis sifilítica, caracterizada la primera por el endurecimiento y la rigidez arterial con disminución del calibre del vaso, que dispone, por la endarteritis de que es asiento, la formación de trombus y embolias, que originan más tarde la destrucción nerviosa por la obligada isquemia que producen.

La alteración patológica de la túnica media envuelve la patogenia del aneurisma miliar, que origina idénticas lesiones que las producidas por roturas vasculares ordinarias. La localización de estas alteraciones dentro de los centros nerviosos son, según Lancereaux, explicables por la presencia de una vaina linfática perivascular que hace electiva la acción de la sífilis por este sistema de riego,

dando margen á la presentación de lesiones en las arterias de la base, silviana y vertebrales.

Los accidentes encéfalo-medulares á que pueden dar origen estas arteritis referidas por Fournier como lesiones sifilíticas indirectas no presentan por sí ningún carácter específico, siendo de todos el más frecuente el reblandecimiento cerebral por trombus localizado á un recinto que afecta á la corteza, los núcleos grises del cuerpo estriado, el pedúnculo cerebral, el bulbo y protuberancia; la investigación minuciosa descubre á veces en estas lesiones la proliferación celular activa que falta en los reblandecimientos cerebrales comunes. Estas zonas mortificadas pueden estar diseminadas en las ramas de la silviana, produciendo pequeños focos corticales ó subcorticales; y cuando se alteran las meninges de un modo primitivo, el reblandecimiento vascular existe en la superficie de las circunvoluciones, cosa muy explicable si se tiene en cuenta que estos vasos terminales participan anatómicamente de la alteración de las envolturas cerebrales.

Las lesiones de las cubiertas cerebro-medulares que pueden tener asiento en estas serosas están representadas por el goma solitario, como más específico; por infiltraciones gomosas con sus inflamaciones periféricas, dando á la lesión el aspecto esclerósico con el que algunas veces se manifiesta la meningitis específica. Cuando el goma se desarrolla en la superficie externa de la duramadre, se determinan adherencias endocraneales con pseudo-membranas y vasos de nueva formación, que al romperse dan lugar á un síndrome de paquimeningitis hemorrágica. Los nacidos en el espesor de la duramadre y de la piamadre se presentan de volumen variable, únicos ó múltiples, afectando la convexidad ó la base, y fijándose alrededor de las arterias (periarteritis gomosa); y si adquieren la forma infiltrada aparecen como un exudado espeso que se asemeja á una capa de pus rojizo, localizado de preferencia en la confluencia subaracnoídea de la base, englobando el origen aparente de los nervios craneales y el quiasma óptico. Esta segunda variedad de meningitis difusa parece ser la responsable de los accidentes agudos y mortales de la sífilis cerebro-meníngea que aparece en los primeros períodos de la infección específica.

De igual manera se comportan las meninges medulares ante estas localizaciones del mal, siendo frecuente que la necropsia descubra una paquimeningitis interna con adherencias y engrosamientos de las cubiertas espinales, que al invadirse la medula en su superficie de una manera difusa se origine la sínfisis meningo-medular. En la lepto-meningitis gomosa se ha observado un exudado espeso de consistencia gelatinosa que, ocupando el espacio subaracnoídeo, produce un espesamiento circunscrito de la aracnoides y de la pia-

madre con alteraciones mielíticas concomitantes que caracterizan la meningomielitis específica. (Observación personal.)

Estas lesiones, por su actividad inflamatoria, pueden seguirse de adherencias más ó menos circunscritas de la duramadre ó la craneana (paquimeningitis externa), de la meninge medular al canal raquídeo, de sínfisis meningo-cerebral ó meningo-medular, y que en casos muy antiguos puede dominar el proceso esclerósico, hasta el punto de constituir el estado de esclerosis cerebro-meníngea ó la mielitis esclerosa difusa.

Las lesiones que radican en el espesor del tejido nervioso envuelven la historia de los gomas cerebrales, estas mismas localizaciones sifilíticas en la medula, y la encefalitis difusa de origen específico. En general los gomas solitarios son muy raros en el espesor de los centros nerviosos, siendo más frecuentes los desarrollados en la superficie, teniendo el aspecto de gomas cerebro-meníngeos; su volumen, muy variable, da lugar por su presencia á zonas de reblandecimiento de mayor ó menor extensión que se localizan á las partes motoras de territorios peri-rolándicos. Los intracerebrales pueden ocupar la masa blanca de los hemisferios ó afectar ciertas zonas del cuerpo estriado, pedúnculo cerebral, protuberancia bulbo, en relación con el síndrome que originen, y sujetos por su antigüedad á degeneraciones fibrosas, calcáreas ó quísticas. Tanto puede decirse de la degeneración gomosa de la medula con participación de las meninges, dando lugar á síndromes compresivos meningo-medulares y sujetas á los mismos cambios estudiados.

La encefalitis específica adquiere tres aspectos distintos, presentándose ya en forma circunscrita, en forma difusa ó esclerósica: en la primera se observa la existencia de placas gomosas diseminadas en las meninges, sin gran profundidad en la sustancia gris; su estructura se parece á los gomas, y están, al parecer, formados por dos zonas: una central, amarillenta, y otra periférica, de aspecto rojizo. La forma difusa difiere de la anterior sólo en la extensión, pero afectando iguales caracteres; y la esclerosa, de presentación muy rara, parece ser una fase final de un proceso gomoso atípico, que empezando por reblandecimiento y friabilidad del tejido, llega en sus últimos períodos al endurecimiento escleroso con que algunas veces se manifiesta en la necropsia.

***

Los nervios pueden ser asiento de lesiones específicas, y en todas las porciones de la neurona son susceptibles de presentarse, siendo de suma trascendencia el fijar esta localización, por lo que tenga de curable la alteración paralítica y trófica consecutiva. Los síntomas que en la sífilis nerviosa se atribuyen á los nervios periféricos, se

deben á las posibles lesiones nucleares, que determinando destrucciones en su origen real, se manifiestan por parálisis totales ó parciales, en relación siempre con la extensión de la zona destruída; con estas lesiones nucleares de los centros de la neurona hay que contar siempre que nos encontremos con una parálisis parcial de determinada porción de un nervio, que afectando á un reducido territorio de su distribución, tenga por carácter el dificultar más la conductibilidad refleja que los movimientos psíquicos, y seguirse de las alteraciones degenerativas propias de las lesiones periféricas.

Las localizaciones de tronco nervioso, dando lugar á parálisis más completas, tienen, por lo general, su asiento en el origen aparente del nervio (gomas de la base, meningitis) á su salida periféririca (meningitis radiculares), ó por exóstosis de los orificios que algunos atraviesan, siendo muy discutida la neuritis autónoma de origen específico que Kaler señaló con el nombre de *neuritis radicular gomosa.*

Como argumento en apoyo de esta idea, tenemos á la clínica presentando enfermos, en los que sus manifestaciones morbosas se refieren sólo á perturbaciones funcionales acaecidas en territorios de distribución periférica con accidentes tróficos y reacción de degeneración, y que se modifican y curan por un tratamiento causal y físico bien dirigido. Esta forma de la más curable, sin duda, de las neuropatías eepecíficas, parece tener su lugar preferente en el cuadro de las *neuritis,* aunque para afirmarlo así resulte deficiente un estudio meramente clínico sin la debida comprobación necrópsica, que, por otra parte, no siempre soluciona la duda, por escapar dichas alteraciones á nuestros medios habituales de investigación patológica.

La sífilis se menciona entre las infecciones susceptibles de producir las lesiones periféricas que caracterizan las neuritis (mononeuritis, polineuritis); por su índole tóxica es susceptible de producir desorganizaciones en el cilindro eje, sin grandes alteraciones, al menos apreciables en su centro de origen; y por este mecanismo, ya afectando primeramente el parénquima nervioso (neuritis axial), ya destruyendo el estroma conjuntivo por intermedio de los vasos del nervio (neuritis intersticial), dar lugar á una lesión que casi siempre tiene el tipo combinado de neuritis mixta. A este último tipo debe referirse, sin duda, la lesión que en la sífilis se localiza en el tronco nervioso, con escasa participación del centro trófico; pues á juzgar de los caracteres clínicos en su manifestación dolorosa, sus alteraciones parestésico-anestésicas y los fenómenos tróficos concomitantes, la forma ha de juzgarse como mixta, aunque la necropsia, muy deficiente hasta ahora, señale como dominantes algunos de sus caracteres.

Un hecho característico y casi peculiar de esta clase de neuritis es el de afectar una parte de la total de un nervio mixto, ó localizar su acción á un manojo de fibras de otro motor ó sensitivo, dando lugar á síntomas parciales, de tal manera disociados, que á primera vista pudieran suponerse originados por lesiones nucleares distintas. Estos síndromes paralíticos pudieran depender de una forma de perineuritis primitiva de carácter gomoso, que al afectar el tejido conjuntivo del neurilema, fuera penetrando la lesión por los intersticios de los tabiques, llegando al epineuro y afectando aisladamente fascículos primitivos ó secundarios, dando origen á una neuritis parcial dentro del conjunto del nervio afectado.

Tratándose de sífilis como origen de cuantas lesiones llevamos estudiadas, hemos de estar prevenidos con el aspecto de difusión que pueden revestir en un mismo sujeto que al presentarlo la clínica como enfermo de estas neuropatías, puede ofrecer una combinación de casi todas ó la mayoría de las lesiones señaladas, con las particularidades que mencionaremos en el diagnóstico.

## ASPECTO CLÍNICO DE LAS NEUROPATÍAS ESPECÍFICAS

### FORMAS AGUDAS.—COMATOSAS INICIALES

Al lado de los procesos cerebrales que en clínica se relacionan con alteraciones estructurales que más tarde mencionaremos, la sífilis puede dar lugar á formas meningíticas graves, que con carácter de síntomas avanzados ó iniciales, atacan á sujetos en los primeros períodos de la infección á veces, dando margen á la presentación de un episodio agudo. Pueden presentarse con arreglo á dos tipos distintos: uno de excitación, caracterizado por delirio violento; otro depresivo, formado por somnolencia y verdadero coma.

El primero, revistiendo la forma de excitación psíquica, se presenta con relativa frecuencia en la sífilis cerebral, iniciándose á veces por violento delirio con fenómenos ataxo-adinámicos, que en ciertos casos se une á esta excitación algunos acontecimientos paralíticos que indican claramente localizaciones morbosas de la base; tal fué el caso de Luton, que unido á un delirio funesto de palabra y acción, presentó una parálisis del m. o. externo. A primera vista resulta difícil el juzgar como sifilíticos casos de esta índole, que más conexión tienen con delirios febriles ó encefalitis incipientes; su evolución clínica, la historia de los sujetos que la presentan y la posibilidad de su retrogradación por una medicación específica, autorizan á la sospecha de un proceso sifilítico de localización meningoencefálica.

Los acontecimientos depresivos son los más frecuentes en la meningitis basilar. Las cefaleas forman el cortejo de síntomas avanza-

dos de estos enfermos, que poco á poco llegan á un embotamiento cerebral completo, y que llevándoles á un estado de indiferencia y depresión, les obliga á guardar cama, permaneciendo indiferentes á cuanto les rodea, con la mirada fija como la de un borracho; ofrecen alternativas de adormecimiento y una locuacidad que hace divagar con violencia como en el coma tífico, presentándose á ratos cierta impulsión á los movimientos desordenados, que se limita por el mandato que enfrena y reduce á la obediencia á estos enfermos en muchas ocasiones. En el curso ya de estos accidentes suelen presentarse algunos síntomas paralíticos, que teniendo una gran significación, se inician por parálisis ó paresias de la musculatura extrínseca de los ojos, hemiparesias ó hemiplegias más ó menos fugaces, y ciertas convulsiones clónicas ó espontáneas diferentes de la epilepsia esencial.

La apirexia, unida á los fenómenos comatosos, son elementos de importancia para el diagnóstico; pues siendo el coma tan grave que puede acarrear la muerte en corto plazo, tratándose del origen sifilítico, tan frecuente para Fournier, debemos estar tranquilos, pues la terminacién fatal es un hecho muy raro en estas formas comatosas iniciales de la sífilis cerebral.

### SÍFILIS VASCULAR DEL CEREBRO

*Forma embólica.—Observación 1.ª—a*) Hombre de treinta y nueve años, soltero, con contagio específico de tres años de fecha. Después de fuertes cefaleas nocturnas, parestesias y hormigueos de localización variable, sufre un ataque de ictus apoplético, del que salió con una hemiparesia del lado derecho con afasia y parálisis del facial inferior, con hemitemblor y exaltación de los reflejos de este lado. Mejora con el tratamiento, hasta el punto de desaparecer la afasia y modificarse los trastornos motores.

*Observación 2.ª—b*) Hombre de cuarenta años, casado, con historia sifilítica de hacía seis; presenta una hemiplegia completa del lado izquierdo, con contractura y exaltación de reflejos consecutivos á un ataque de apoplejía precedido de grandes cefaleas y depresión mental. Con tratamiento mejora, hasta el punto de convertirse su hemiplegia en hemiparesia, muy llevadera por el enfermo.

*Forma trombósica. — Observación 1.ª* Hombre de cuarenta y cuatro años, soltero, con antecedentes específicos. Se inicia su proceso por grandes cefaleas, que siguen en el momento de la observación. Presenta una hemiplegia progresiva, que empezando por una monoplegia braquio-facial, invade poco á poco la pierna de este lado, en la que determina gran insuficiencia motora con contractura in-

cipiente; manifestándose la disbasia por dificultad en la flexión de la pierna sobre el muslo, chocando la punta del pie en el suelo, sin describir arco en el momento de la marcha.

*
* *

De entre las observaciones que como más típicas hemos recogido para nuestro estudio, nos fijaremos en las consignadas, para hacer mención de esta neuropatía, tan frecuente en la clínica. Ya hemos visto cómo la lesión vascular prepara la alteración cerebral, que, teniendo por carácter anatómico el reblandecimiento de la sustancia nerviosa, se manifiesta por los trastornos consignados en estas observaciones. La encéfalo-malacia sifilítica no difiere de los demás reblandecimientos comunes, aunque en la alteración vascular que los prepara encontremos ciertos caracteres peculiares de su anatomía patológica.

La obliteración arterial por embolias (coágulo emigrado) ó por trombosis (autónomo), produce siempre, como fatal resultado, el infarto del territorio con su reblandecimiento consecutivo en sus fases de *reblandecimiento blanco*, si la obstrucción arterial no se acompaña de permeabilidad de la corriente venosa; de *reblandecimiento rojo*, si verificándose la circulación de retorno hay aumento de presión tras del obstáculo; y de la forma amarilla, cuando éste sufre la degeneración con inhibición serosa y degeneración grasa. En la embolia cerebral de origen específico, el coágulo, procedente de un trombus primitivo de la pared arterial degenerada, emigra, sirviéndole de vehículo la corriente hemática, cabalgando á veces sobre una bifurcación vascular; y si se halla constituído por una vegetación calcificada con vivas aristas, puede distender la pared vascular, alojándose en ella, y dar lugar á la formación de un aneurisma embólico.

Todos los reblandecimientos tienen su predilección por el lado izquierdo, y en territorios regados por la silviana de este lado, afectando, en orden de frecuencia, la región cápsulo-nuclear anterior, siguiendo, en orden de frecuencia, la región cápsulo-nuclear posterior, departamento regado por la cerebral media; después la zona de la posterior, y, por último, la anterior, siendo, en los sujetos que estudiamos, algo más frecuentes los reblandecimientos del cerebelo: único ó doble, el reblandecimiento puede ser simétrico; y aparte de la doble lesión que en las arterias cerebrales ocasiona la duplicidad de los accidentes, se han querido explicar estos focos múltiples, teniendo presente que la alteración del tronco basilar diera origen á coágulos que, disgregados, pudieran ocasionar la doble embolia simétrica. De este modo se explicaría la presencia de síndromes bilaterales, que simulando lesiones del puente ó del bulbo, se

mencionan como síntomas pseudo-bulbares en las lesiones sifilíticas del encéfalo.

El síndrome clínico á que dan lugar estas lesiones se encuentra consignado en las observaciones antes expuestas, y parece referirse á las distintas formas de hemiplegias en los sifilíticos, á las afasias variadas que éstos sufren, y á las distintas monoplegias que presenta la clínica.

Como tenemos mencionado en el relato de los casos, la cefalalgia intensa, intolerable, por cuyo grado le dió Fournier el dictado de cerebralgias, forma el cortejo avanzado de los acontecimientos sintomáticos de estas lesiones, viéndosela ceder al iniciarse las parálisis, y presentándose en otros casos durante un estado de aparente salud; esta cefalalgia, teniendo por carácter su aparición nocturna, alterna á veces con los fenómenos congestivos, y entonces los hormigueos, adormecimientos, paresias transitorias, los entorpecimientos intelectuales, los embarazos de la palabra, ciertos ictus y fenómenos de epilepsia parcial, son los síntomas que abren la escena al accidente cerebral, que bajo la forma de hemiplegia se manifiesta el reblandecimiento sifilítico que origina la arteritis específica.

Esta hemiplegia se presenta con los dos tipos señalados en las observaciones; la forma súbita, acompañada de un ictus, que por ser á veces de presentación nocturna pasa inadvertido por el enfermo, que al despertar presenta la hemiparálisis de cara, brazo y pierna, con pérdida de la fuerza muscular (á veces se conserva sólo ligeramente disminuída), exaltación refleja, hemilateral, hemitemblor á veces, hemiatetosis y contractura secundaria, cuando se inicia la degeneración descendente del manojo piramidal.

La forma lenta de la hemiplegia, más relacionada con la trombosis local, presenta un aspecto gradual en el desarrollo de los síntomas; los prodromos no difieren en lo esencial de la forma anterior, pero, como la lesión, se hace por las etapas que produce el déficit gradual de la circulación; los síntomas, empezando á veces por una monoplegia braquio-facial, como en la observación aparece, llega á constituirse en hemiplegia de modo más paulatino y progresivo.

La afasia es un síndrome tan común de la sífilis cerebral, que, lejos de caracterizar una lesión determinada, se une á veces con los más variados síndromes meningo-encefálicos. El tipo más común es su asociación con la hemiplegia derecha, acompañada de agrafia, curando unas veces antes del resto de los accidentes, ó persistiendo tanto ó más tiempo que las alteraciones motoras concomitantes. En el primer caso, la afasia no se encuentra relacionada con alteraciones anatómicas irreparables, siendo su más frecuente causa las alteraciones circulatorias accidentales que acompañan á las lesiones localizadas á estos territorios cerebrales. De igual manera puede esti-

marse la ceguera verbal, acompañada ó no de hemianopsia, que con carácter transitorio presentan algunos sifilíticos cerebrales con síndrome hemiplégico; estas formas transitorias son tan fugaces, que en ocasiones sólo duran desde algunos minutos á varios días, como lo demuestran las observaciones de Fournier, Tarnowsky y Heilbronner, que refieren un caso de afasia con ceguera y sordera verbales, que curaron de perfecto modo en pocos días. Las formas permanentes son tributarias de lesiones vasculares, con reblandecimiento consiguiente del pie de la tercera frontal izquierda sola (afasia motora), en la segunda frontal (agrafia), en la región temporal ú occipital, ó en sus tractus de proyección, cuando al síndrome se unen la ceguera y sordera verbales con ó sin hemianopsia (1). Estas afasias, aun las más curables, son de un pronóstico severísimo, por ser á veces preludio de graves accidentes ulteriores.

Las monoplegias de origen cerebral se relacionan con limitadísimas lesiones de la corteza, que por alterar un solo centro se reduce el síndrome á la presentación de monoplegias gloso-labiales de origen cerebral, con escasa ó nula participación del orbicular de los párpados; ciertas parálisis braquiales ó braquio-faciales, y cuando de nervios craneales se trata, aparece el cuadro clínico de las parálisis pseudo-lumbares de origen cerebral, poco estudiadas hasta ahora, aunque la sífilis sea la que más las produzca.

La rotura de un vaso cerebral por el aneurisma mencionado, siendo una terminación rara, hay que pensar en él cuando en un sifilítico con prodromos claros se presenta un ataque súbito con pérdida del conocimiento, resolución general y convulsiones, que, reproduciendo el síndrome apoplético, nos pone en camino de averiguar la inundación hemática del espacio subaracnoideo.

### FORMAS MENINGO-VASCULAR, CEREBRO-MENÍNGEA Y PSÍQUICA DE LA SÍFILIS CEREBRAL

Al mencionar las lesiones características y más frecuentes de la sífilis cerebral, hicimos mención de la frecuencia con que á veces se mezclan en un mismo enfermo todas ellas, dando lugar á una difusión de síntomas que en un solo caso podemos encontrar, desde la lesión vascular localizada á un pequeño territorio, con déficit funcional, hasta el goma responsable de serias compresiones, que se denuncian por accidentes de epilepsia parcial, y entremezcladas todas con alteraciones nucleares de origen, otras de tronco nervioso,

(1) Para el estudio de las nuevas ideas sobre la afasia, consúltense las publicaciones de F. Bernheim, Pierre Mari en *La Semaine Médicale* de 7 Octubre, 17 ídem, 28 Noviembre y 28 Mayo 1906, y los de J. Dejerine: *Presse Médicale* de 11 y 18 Julio, 17 Noviembre y 22 Diciembre 1906.

que hay que hacerlas responsables de los síntomas trofo-paralíticos que presentan estos sujetos enfermos.

Por esto es frecuente en la clínica neurológica hallar los casos más difusos de lesión específica, y en todos los que puedan presentarse necesario resulta distinguir, separando la que á cada lesión pueda corresponder, para esquematizar sus cuadros con arreglo á los más salientes caracteres, según el predominio de una ú otra manifestación anatómica del mal. La patología nerviosa, en lo que á la causa específica se refiere, procura esquematizar los cuadros con arreglo á lo que en teoría, y con cierto fundamento de observación, deban ser según una lesión dominante, á veces la única consignada en las descripciones, para mayor claridad didáctica. Nosotros, fundamentando nuestro trabajo en la observación clínica de un buen número de enfermos, apoyaremos nuestros juicios en sus más salientes caracteres, haciendo indicación somera de lo que como accidente secundario presenten. De esta manera describiremos la forma *meningo-vascular*, la *cerebro-meníngea* y la *forma cerebral de predominio psíquico* de la encefalitis específica.

### FORMA MENINGO-VASCULAR

*Observación 1.ª*—Mujer de treinta y seis años, con antecedentes específicos. Da principio su enfermedad por cefaleas que originan fuertes dolores en el territorio del trigémino del lado derecho, que durante diez días obligan á la enferma á emplear una medicación calmante. Después de algún tiempo aparece una hemiplegia progresiva del lado izquierdo, con predominio paralítico del facial inferior de este lado. Los dolores son sustituídos por anestesia hemilateral del lado derecho de la cara, con trastornos tróficos de la piel, ligera agensis y paresia del masticador (masétero) de este lado. Hay exaltación de reflejos de brazo y pierna izquierdos, con incipiente contractura.

***

En esta observación se descubren los prodromos que caracterizan los procesos sifilíticos y una localización meníngea (meningitis parcial de la base) al territorio del trigémino del lado derecho, que, afectándolo en su totalidad, se hace sentir por una neuralgia rebelde á todo tratamiento en la periferia de su distribución; fenómenos que se siguen de alteraciones tróficas, coinciendo con la calma de los accidentes dolorosos, para seguirse de una hemiplegia progresiva que, recordando la forma trombósica del síndrome, origina hemiparálisis con exaltación refleja é incipiente contractura. En toda la marcha parece verse la presentación de una meningitis parcial que,

atacando por compresión quizás el origen aparente del quinto par, ocasiona la persistente neuralgia que sufría la enferma, transformada más tarde en parálisis de la sensibilidad del nervio, con paresia de su porción motora, ligera disminución gustativa de la parte anterior de la lengua (trayecto centrípeto de las fibras gustativas del lingual), que indican claramente la destrucción de textura con los obligados fenómenos tróficos cutáneos.

El estar englobado todo el nervio por la lesión autoriza á pensar en la meningitis parcial, que, como lesión extrínseca, lesiona y comprime este nervio, si bien hemos de prevenirnos acerca de la posibilidad de una neuritis tóxica cutánea con los accidentes PARALÍTICOS, que por su marcha, síntomas y terminación no pueden ser más que debidos al reblandecimiento consecutivo á la arteritis localizada á la rama de la silviana (cerebral media), encargada del territorio rolándico del lado derecho, ó á la lesión de la cápsula interna por la alteración de la arteria de Charcot.

### FORMA ENCÉFALO-MENÍNGEA

*Observación.*—Hombre de treinta años, casado. En 29 de Noviembre de 1904 se presenta en nuestra consulta del Real Hospital del Buen Suceso, haciendo el relato de una úlcera prepucial de hacía doce años, seguida de sifílides y placas muco-faríngeas, que durante cinco meses trató con una medicación interna. En el mes de Julio anterior empiezan los accidentes cerebrales por cefalalgias y ataques de epilepsia parcial, que hacen entrar en hemiconvulsión el lado izquierdo, con participación ocular, que origina la desviación conjugada de la cabeza y ojos hacia este lado, terminando los ataques por una fase de pausa para empezar de nuevo durante algunas horas que duraba la crisis. Hay dificultad en la marcha, exaltación de reflejos más acentuada en el lado izquierdo, donde existe un ligero temblor, del que toma participación la cara al principio del esfuerzo de la palabra.

Las reacciones pupilares, normales en el ojo izquierdo, están alteradas en el derecho, donde falta el reflejo luminoso, presentando una midriasis que, aumentando con la atropina y desapareciendo con la eserina, no se deja influir por la aplicación de disoluciones concentradas de cocaína. El tratamiento específico mejora la situación; al cabo de algunos meses reaparecen con menos intensidad sus síntomas; un largo tratamiento hace mejorar al enfermo, que desaparece de la observación (1).

***

(1) Al publicarse este trabajo tengo noticias de la muerte del enfermo.

En esta forma, que en globo mencionamos de este modo, aparecen sus síntomas confundidos y mezclados de tal manera que, como en la observación anterior se consigna, al lado de la epilepsia jacksoniana (síntoma cerebro-meníngeo) aparecen trastornos oculares de tal entidad que su discusión resulta dudosa y poco clara la dilucidación del motivo anatómico que sostiene sus síntomas.

Dado el indiscutible origen específico de la causa lesional que produce los síntomas, para explicar la epilepsia parcial hemos de pensar en una causa compresiva (goma) que, determinando su acción en territorio motor, dé lugar á la irritación funcional que la convulsión hemilateral representa; pero la asociación sindrómica que la midriasis origina no es fácilmente explicable por una sola lesión, aunque de un modo teórico podamos intentar su defensa. Al presentarse en el lado derecho los síntomas oculares, y en el izquierdo la convulsión, el temblor y la exageración refleja, pudiera pensarse en una lesión, que el pedúnculo derecho afectara las fibras directas (después de su cruzamiento) de la inervación ocular de este lado, y en su trayecto central, antes de cruzarse, las correspondientes á los miembros. De esta manera la lesión irritativa para el tractus piramidal daría síntomas convulsivos, y destructores para las fibras pupilares (miósicas) del motor ocular, como sistematizados y en cierto modo independientes en el pedúnculo, originarían los síntomas midriásicos que en el enfermo se observan. No obstante esta posible razón, hemos de excluir la posibilidad de una lesión en esta zona, por la dificultad con que puede explicarse una lesión tan pequeña, que siendo grande para lesionar el manojo motor de los miembros en tan reducido territorio como es el pedúnculo anatómicamente considerado, no altere más que las fibras pupilares del tercer par, dejando libres las que se reparten en la musculatura extrínseca del ojo, íntegra en este enfermo.

Una localización exclusivamente córtico-meningea explicaría bien los fenómenos convulsivos jacksonianos, con la desviación conjugada en la cabeza y ojos (ley de Grasset y Landouzy), y en nuestro enfermo, la existencia de una lesión irritativa del hemisferio derecho explica la hemiconvulsión izquierda con participación del recto externo de este lado (sexto par cruzado), y del recto interno del opuesto (fibras quizás directas del tercer par), que unido á la participación de la raíz externa del espinal (acción del esterno-cleido-mastoídeo), se produciría la desviación conjugada de la cabeza y ojos por irritación directa de los centros psico-motores que de localización cortical, aunque no admitida por algunos, gobiernan estos movimientos. Con esto no se explicarían de manera satisfactoria los fenómenos pupilares de midriasis y falta del reflejo que se presenta en el ojo derecho, aunque forzando los argumentos pudiéramos lle-

gar al encuentro de motivos que justifican esta localización única.

Los centros corticales de los nervios motores oculares son muy discutidos, aunque racional sea suponerlos, dado el carácter voluntario de su funcionalismo. Autores hay que, suponiendo la existencia de varios centros en la corteza del hemisferio de acción bilateral, estiman una localización frontal, influenciable por impresiones sensitivas generales; y otra temporal y occipital, que entraría en acción por influencias auditivas y ópticas respectivamente. Grasset supone localizados en el pliegue curvo los correspondientes al motor ocular común; y, sin fijar una localización exacta, en la esfera óptica ó en sus proximidades, radicaría el cortical destinado á las fibras del tercer par, que anima la musculatura intrinseca de los ojos, de donde partirían prolongaciones centrales de trayecto directo al ojo correspondiente. La acción de este centro sería inhibitoria de la contracción pupilar, manifestándose por midriasis su actividad funcional. De esta manera, al estar irritada esta porción inhibidora por una lesión de la corteza, la pupila aparecería dilatada, dando los fenómenos patológicos de reacción que como síntoma nos presenta nuestro enfermo. No obstante, el argumento, tan seductor á primera vista, no puede aceptarse por la carencia de base anatómica firme.

Hay en nuestro enfermo la prueba de los colirios, que nos induce á pensar si faltando la acción de la cocaína, que obra excitando el simpático, sería éste un caso de midriasis parcial en un enfermo de sífilis cerebral con excitación secundaria del triplánico. De acuerdo con el grupo en que tenemos incluído nuestro enfermo, el caso en cuestión puede estimarse como un complexus patológico, donde, existiendo una lesión córtico-meníngea, no falta la alteración nuclear (centro reflejo pupilar de Wernike) ó las de las fibras reflejas de la pupila, que originando la midriasis se acompañe del síntoma de Argyll Robertson, del mismo modo que se produce en los atáxicos, constituyendo uno de los síntomas patognomónicos del proceso. De esta manera queda racionalmente nuestro enfermo incluído en la forma encéfalo-meníngea de la sífilis nerviosa.

### FORMA PSÍQUICA DE LA SÍFILIS CEREBRAL

*Observación 1.ª*—Hombre de treinta y nueve años, casado, con sífilis antigua, averiguada por ligeras manifestaciones cutáneas y por cinco abortos de seis embarazos sufridos por su mujer. Teniendo buena salud aparente, se presenta á la consulta pública del Real Hospital en Noviembre de 1904, refiriendo una pérdida de conocimiento con motivo de un traumatismo, por el que reclamaba una indemnización á la Compañía de ferrocarriles, donde practicaba sus

trabajos. Analizados sus síntomas, refiere el enfermo hormigueos, parestesias é insuficiencia motora del brazo y pierna izquierdos. Poco después sufre un ataque parecido al anterior, que, durando veinticuatro horas, deja mayor impotencia motora en estos miembros, que poco á poco mejora hasta el punto de quedar ligeros vestigios de la paresia funcional. La palabra es torpe, con ligerísimo temblor de labios, cara y dedos, que se presenta con intervalos rítmicos; los reflejos, ligeramente exaltados; pereza en la reacción de ambas pupilas, haciéndose paradójica; la sensibilidad algo disminuída, sin gran déficit sensitivo. Hay grandes cefaleas.

Lo que domina la situación del enfermo son los trastornos mentales, que se manifiestan por alejamiento familiar. Delirio que induce al enfermo á separarse de la casa, marchando maquinalmente; visiones terroríficas, amnesia completa, alucinaciones, terror persecutorio, ruidos subjetivos de amenazas, dominando los síntomas de melancolía hipocondríaca. Mejora con el tratamiento.

El análisis de la etiología nos revela claramente el origen del proceso que á nuestro enfermo aqueja. Los síntomas por los que su lesión se manifiesta nos demuestran su localización cerebral, afectando principalmente á la corteza, dando lugar al cuadro mental de nuestro enfermo, que si bien hoy se encuentra modificado por el tratamiento seguido, al principio dominó la situación morbosa.

Dada la indiscutible existencia de lesiones anatómicas, relacionadas con sus ictus apopléticos, sus cefaleas, su tipo nocturno, los síntomas motores que aqueja, los reflejos exaltados y la alteración de la palabra, bien podemos investigar cuáles sean estas lesiones, teniendo presente los síntomas psíquicos de que se acompañan los procesos sifilíticos de localización encefálica.

La sífilis hereditaria puede, ciertamente, dar lugar á parecidos accidentes, manifestándose generalmente en forma de imbecilidad ó idiotismo, ó bien adoptando el tipo de demencia progresiva familiar. La infección adquirida puede afectar en nuestro enfermo el tipo vascular ó meníngeo-cerebral ya estudiado; y los síntomas somáticos que en él se observan pueden ser explicados por cualquier lesión que, extendiéndose de un modo difuso en la corteza cerebral ó en sus membranas, origine el déficit funcional sindrómico. La cefalea, por la naturaleza específica de sus lesiones; los ictus, por alteraciones de riego; la marcha parestésico-atáxica, la disartria y el temblor, por la falta de coordinación cerebral; la exaltación de reflejos y clonus, porque la inhibición del cerebro está disminuída, y el amortiguamiento de la sensibilidad, por el déficit del estado consciente. Sobre el estado mental hay que apoyar el juicio diagnóstico de nuestro enfermo.

Las psicosis por lesiones vasculares subsiguientes é insultos apo-

pléticos dejan como rastros mentales una sensibilidad sensorial exagerada, con ligera excitación y tendencia al llanto, que fácilmente se cambia en locuacidad. La debilitación de la memoria casi nunca llega á la amnesia, que, de existir, afecta la forma retrógrada para los hechos que ocurrieron días ó semanas antes del insulto apoplético, y acompañándose á veces de un estado de defecto moral, que trae consigo atentados deshonestos.

Los estados melancólicos y paranoicos suelen, aunque rara vez, presentarse, y si las hemorragias cerebrales se repiten con frecuencia, puede sobrevenir la demencia apoplética ligada á la arterio-esclerosis cerebral generalizada. Los trastornos de la palabra, lejos de ser disártricos como los de nuestro enfermo, se manifiestan bajo la forma de confusión afásica, debido á perturbaciones de la conciencia con defecto de memoria y trastorno parafásico de la palabra.

Las formas meníngeas de la sífilis encefálica presentan un cortejo de síntomas generales que, como los estudiados en los anteriores capítulos, se refieren al movimiento, sensorio, sensibilidad general, alteraciones de la motilidad ocular, etc., que al faltar en nuestro enfermo se impone la eliminación de esta forma de sífilis tan unida á los síntomas irritativos ó de depresión que faltan en nuestro caso; y en cuanto á los síntomas mentales más frecuentes en las meningitis dependientes de una etiología alcohólica, y relacionados de ordinario con el hematoma dural, se ofrecen en forma de auto-recriminaciones y debilitación progresiva de la inteligencia y de la memoria, que constituyendo el substratum semiológico de las alteraciones mentales de causa meníngea, en nada se parecen á los presentados por nuestro enfermo.

De igual manera tendremos que juzgar las psicosis por gomas cerebrales, donde rara vez se presentan fenómenos mentales, al contrario de lo que ocurre en los gliomas, tubérculos y fibromas; y de presentarse, los más frecuentes son: cambios de carácter, indolencia, estupidez y alucinaciones; y sólo en casos verdaderamente excepcionales pueden presentarse estados paranoicos, melancólicos y epileptoideos. En casos de gomas muy extensos, pueden presentarse los síntomas de una lesión difusa de cerebro, que simula la parálisis progresiva; pero al revés de lo que ocurre en ésta, los sifilomas, por el hecho de ser tumores, pueden traer, y de ordinario se acompañan de otros síntomas locales que los denuncian, y van además unidos á una sensación angustiosa de enfermedad.

*
* *

Queda, pues, la cuestión diagnóstica en nuestro enfermo reducida á los estrechos límites de una psicosis originada por una lesión difusa del cerebro de naturaleza sifilítica.

Sabido es que la noxa sifilítica puede producir lesiones parenquimatosas difusas del cerebro, originadoras de síntomas mentales y somáticos, susceptibles de mejorar por un tratamiento apropiado, ó persistir, á pesar de él, por ser de carácter parasifilítico, afectando la forma de parálisis progresiva de los alienados. A esta dualidad puede quedar reducida la cuestión diagnóstica de nuestro enfermo, según lo consideremos como un paralítico general incipiente, ó como un enfermo mental por una lesión difusa de la corteza, susceptible de mejorar por un tratamiento específico enérgico. Los argumentos en apoyo de una ó de otra idea, hemos de sacarlos de las circunstancias etiológicas, de las manifestaciones sintomáticas, de la marcha del proceso y del resultado del tratamiento.

La parálisis progresiva es directamente proporcional en su frecuencia al grado de cultura; nuestro enfermo es un trabajador manual, en el que falta el agotamiento cerebral, que se estima como causa predisponente de gran valor. La sífilis entra por mucho en la etiología de la parálisis progresiva de los alienados; pero llevándola á su justo término, su papel es predisponente, siendo preciso de las lesiones que la infección sifilítica prepara y de la intervención de causas puramente morales, para que, según el pensar de los autores, se produzcan los síntomas de la enfermedad. Las lesiones de la parálisis progresiva, con ser más parasifilíticas, necesitan de causas tóxicas de origen interno para producirse; y en nuestro enfermo se observa una sífilis activa, á juzgar del resultado del tratamiento seguido.

El traumatismo ha ganado mucho terreno en la etiología de la demencia paralítica, y si hemos de creer al enfermo, esta causa figuraba en su relato; pero analizando el hecho, no puede dársele otro valor que el de un ictus apoplético igual al sufrido por él dos meses después. Vemos, por tanto, que aun interviniendo factores complejos en la etiología del caso en cuestión, no se agrupan como se mencionan en la frecuente etiogenia de la parálisis de los alienados.

La marcha y síntomas de la enfermedad ayudan á resolver el problema planteado. La parálisis progresiva, ya empiece por la forma demente ó paralítica, tiene su origen en fecha anterior á la que los enfermos relatan; su evolución es lenta, no alcanzando su máximum de intensidad hasta después de muchos meses ó años de iniciados los prodromos: en nuestro enfermo se completó el cuadro morboso unos meses después de iniciados los síntomas. El curso de la parálisis es progresivo, y aunque en algunas ocasiones se produzca una remisión y aun mejoría en los síntomas, esto ocurre en la forma clásica de la parálisis, y rarísimas veces en la *forma mental*, única en la que en todo caso pudiera estar incluída la de nuestro enfermo.

En las manifestaciones sintomáticas se nota también una diferencia de gran valor. En buen hora que la exaltación refleja que nuestro enfermo presenta la estimemos como síntoma frecuente en la parálisis progresiva, y que el déficit sensitivo lo estimemos como fenómeno poco constante, pero susceptible también de presentarse en ambos procesos; pero al lado de esto, presenta nuestro enfermo síntomas pupilares contrarios en un todo á la *miosis doble*, desigualdad pupilar ó midriasis, que como más frecuentes se presentan en la demencia paralítica. Por otra parte, los reflejos viscerales, tan perturbados desde un principio en la parálisis general, no se ofrecen alterados en nuestro enfermo, faltando además los síntomas vasomotores, secretorios y tróficos.

Los fenómenos mentales de nuestro enfermo, con ser muy complejos, evolucionaron en poco tiempo; y puede afirmarse que, aparte del estado depresivo en que quedó después del tratamiento, los demás accidentes recorrieron sus etapas en la escasa fecha de uno ó dos meses.

No son así los que abren la escena en la parálisis general, que, como sabemos, se refieren á cambios de carácter en el concepto moral, mengua de la actividad mental, á la que se añaden lamentaciones hipocondríacas; y estas fases de delirio se caracterizan en la parálisis general por abandono, indiferencia, alteración subjetiva de las funciones abdominales, que, en ocasiones, llegan hasta un decaimiento estuporoso. La manía sentida por nuestro enfermo fué ambulatoria, con algunos síntomas de persecución. En la parálisis progresiva se refieren, por lo general, estos síntomas á fenómenos de excitación con sensaciones eufóricas, humor alegre, tendencias vigorosas, que hacen á los enfermos formular los más complejos proyectos, síntomas que constantemente se unen á ideas de grandezas y monomanía de superioridad, seguidos de una debilidad mental considerable, con gran decaimiento corporal. Los síntomas mentales de la forma agitada de la parálisis tampoco coinciden con los presentados por nuestro enfermo, en el que jamás pudimos observar tendencias furiosas ni agresivas.

En la forma circular de la demencia paralítica se suceden los estados de depresión y exaltación con cierta regularidad, alternando con algunas remisiones; nada de esto puede notarse en nuestro enfermo que, por otra parte, jamás presentó el delirio de negación, tan frecuente en la parálisis de los alienados; y su debilidad mental, con ser muy manifiesta, tampoco llegó á ser tan completa como la ofrecen los paralíticos generales.

El supremo argumento que puede resolver nuestra duda haciendo decidir el diagnóstico por la *sífilis cerebral* en el enfermo motivo de estas consideraciones, lo encontramos en el resultado del tra-

tamiento empleado. Todos los autores resuelven la duda en beneficio de la *psicosis sifilítica* en caso de encontrar manifestaciones sifilíticas ostensibles, y por el mero hecho de ceder los síntomas con una medicación antisifilítica; puesto que los síntomas dependientes de una sífilis cerebral activa y curable desechan toda idea de accidente parasifilítico, que es el que sostiene el edificio morboso en la parálisis progresiva, que se defiende á la medicación mejor planteada y dirigida.

A pesar de nuestros esfuerzos valorando cada uno de los síntomas observados, y agrupándolos según nos los ofrece la clínica, en este enfermo no hacemos cuestión seria el sostenimiento de un diagnóstico acerca del cual tantas discusiones se sustentan. El porvenir de nuestro enfermo puede resolver la duda, y en lo que á su evolución ulterior se refiere, después de algún tiempo sólo ofrece un ligero retraso en la marcha curativa, cuya recidiva es combatida de igual manera hasta mejorar nuevamente, quedando sólo una ligera depresión mental, que no le impide servir como obrero manual en una panadería de la corte.

El tratamiento seguido fué casi exclusivamente mercurial, haciendo un ligero uso de los ioduros como ayudantes de la medicación específica.

## NEUROPATÍAS ESPECÍFICAS SECUNDARIAS

### OFTALMOPLEGIAS

Una cuestión de alta trascendencia y de fundamental interés sería resolver el lugar en el que debiéramos incluir las oftalmoplegias dentro del grupo de neuropatías específicas que venimos estudiando. Prescindiendo del antiguo concepto que, haciendo de la oftalmoplegia un síndrome complejo, suponía como necesaria para su individualidad clínica la existencia de una parálisis completa de una musculatura destinada á un movimiento asociado del globo ocular; la oftalmoplegia, tal y como hoy se la estima, no indica, en honor á la brevedad del concepto, más que la parálisis de un músculo ó varios, sin tener en cuenta el papel que éstos representan en el funcionalismo del aparato de la visión.

En este sentido se habla de oftalmoplegias parciales ó totales dentro de lo que á una misión muscular se refiere, y aun dentro de lo que se halle afectado de una porción más ó menos completa de un nervio. Así se estimará como oftalmoplegia intrínseca la parálisis de la musculatura interna del ojo, por lesión parcial del tercer par (fibras pupilares del m. o. c.); extrínseca, la que resulte por lesión de las ramas que sobre los músculos externos se reparten; y dentro de esta última serán totales ó parciales, según que trascienda la im-

posibilidad motora á todas ó parte de las ramas terminales (rectos superior, inferior é interno, oblicuo menor y elevador). La lesión parcial del cuarto y sexto pares craneales que produce la parálisis del oblicuo mayor y recto externo, es considerada también como oftalmoplegia en clínica neurológica.

La localización será en todo caso la que, fijando el sitio de su asiento anatómico, nos dé la clave del lugar en que debamos estudiar este síndrome, dentro de las neuropatías que tratamos; pues siendo lesiones con frecuencia acompañadas de síndromes encefálicos de localización variada, con ellos, ó después, debemos estudiarlas, dada la significación que en el conjunto de la sífilis cerebral tiene la oftalmoplegia como dato semiológico. Por otra parte, el proceso que estudiamos depende muchas veces, en la sífilis, de lesiones nucleares, originarias unas veces de la poliencefalitis, que por parálisis oculares se manifiestan; en otros casos, son reblandecimientos corticales ó subcorticales, que dan lugar á síndromes pseudobulbares; y en las más de las ocasiones lesiones meníngeas, que en la base del encéfalo interrumpen y afectan la conductibilidad motora de los nervios motores oculares; y pocas veces tenemos que luchar con la neuritis autónoma tóxica, originadora del proceso.

Por esta razón, el estudio de las oftalmoplegias de origen específico va unido sustancialmente á las lesiones encéfalo-meníngeas que con más frecuencia las originan; y tratándose de formas parciales dentro del conjunto del tercer par ó de las que originan las parálisis de los pares 4.° y 6.°, su localización es con más frecuencia extraencefálica, y en el origen aparente y en el territorio de la distribución periférica de estos nervios hay que buscar la lesión productora de la parálisis. Un ligero estudio de los centros y vías que animan el aparato de la visión será necesario para comprender el modo de ser de estas neuropatías paralíticas de origen específico.

En los nervios motores oculares está perfectamente estudiado el origen de su neurona inferior ó periférica. En la región bulbo-protuberancial, alcanzando las partes laterales del acueducto de Silvio, se encuentran de arriba hacia abajo el núcleo del motor ocular común en las partes laterales del acueducto; el del motor ocular interno, cerca del cuarto ventrículo; y el del motor ocular externo, en la eminencia Teres.

Circunscribiendo nuestro objeto á una ligera idea de anatomía óculo-motora, hemos de mencionar que los nervios que nos ocupan, teniendo su probable representación en la corteza del hemisferio, origen de su neurona central, las prolongaciones de las mismas atraviesan el centro oval, marchando directas por la cápsula externa á relacionarse con las neuronas mesocefálicas en los tubérculos cuadrigéminos anteriores, de donde parten las vías reflejas des-

tinadas á realizar el cruzamiento normal de los manojos motores, que según los datos conocidos, los cruzamientos serán totales para las relacionadas con el 6.° par, y parciales para las del 3.°, que según toda probabilidad, sólo las correspondientes al pequeño oblicuo serán las fibras destinadas á cruzarse. Verificado el entrecruzamiento, las fibras de las neuronas intermediarias se pondrán en relación con los centros núcleo-bulbares de las neuronas periféricas para partir desde allí en axones, en su mayoría directos (á excepción del patético que se cruza en la vía periférica) para ganar su origen aparente. En el pedúnculo, los núcleos originarios de esta neurona terminal se encuentran separados en distintas zonas, que, según nuestros conocimientos, resultan únicos para los pares 4.° y 6.°; pero en el tercer par se han descubierto por Hansen y Voelken distintos núcleos parciales, que orientados de delante atrás, son: 1.°, los correspondientes á las fibras intrínsecas del m. o. c. (fibras pupilares); 2.°, recto interno; 3.°, recto superior; 4.°, elevador del párpado; 5.°, recto inferior; y 6.°, oblicuo menor. Dentro de esta diferenciación admitida por todos, Pick y Kahler han llegado á sistematizarla de un modo más completo, suponiendo, según el resultado de sus investigaciones, dos zonas: la interna, más cercana del rafe, dando origen al recto interno y recto inferior; y la segunda, más externa, de la que nace el elevador del párpado, recto superior y pequeño oblicuo. Vemos, pues, que los núcleos originarios de las fibras intrínsecas del tercer par forman su cometido anatomofisiológico en zona un tanto separada del resto nuclear del nervio; y por esta razón puede explicarse cómo la sífilis puede dar lugar á lesiones nucleares responsables de la oftalmoplegia intrínseca y de la midriasis parcial, desprovista de todo síntoma añadido, que con relativa frecuencia presentan los sifilíticos.

Naciendo de estos centros los axones de las neuronas periféricas directas, todas, excepción hecha de la del patético, buscan su salida para caminar á los órganos musculares de su distribución. El tercer par, apareciendo en el borde superior del puente de Varoleo, en el punto de convergencia de los pedúnculos cerebrales, marchan divergentes hasta buscar el seno cavernoso, y apoyados en su pared externa, penetra en la órbita por la parte más ancha de la hendidura esfenoidal, dividiéndose al llegar á esta cavidad en dos ramos: uno superior, que se reparte en el elevador y recto superior, y otro inferior, de mayor cantidad de fibras, destinado á la inervación del recto inferior, recto interno y pequeño oblicuo. Cerca de su origen da este nervio un filamento corto y grueso que, incorporándose al ganglio oftálmico, se comporta como su raíz motora para inervar á través de sus fibras eferentes el músculo irídeo, dándole su acción miósica. El patético destinado al gran oblicuo aparece en el vértice

de la válvula de Vieussen, detrás de los tubérculos cuadrigéminos; contornea el puente y pedúnculos cerebrales, y ganando la pared externa del seno cavernoso, entra en la órbita, para repartirse en el oblicuo mayor. El sexto par, naciendo en el surco bulbo-protuberancial por dos raíces, camina hacia adelante, arriba y afuera, y penetrando en el seno cavernoso, lo recorre de atrás adelante, colocándose entre la carótida interna, que queda hacia adentro, y los nervios tercero, cuarto y oftálmico de Villis, que quedan hacia afuera; y cruzando todos estos nervios, penetra en la órbita para ganar la cara interna del recto externo y repartirse en él.

Ya comprenderemos, según este estudio, con cuánta frecuencia observaremos en la clínica las parálisis oculares, relacionadas unas veces con lesiones que en la corteza afectan á los centros sensorio-motores de los nervios oculares ó del trayecto de sus vías centrales (oftalmoplegias pseudobulbares), en otras ocasiones unidas á lesiones del mesocéfalo que, afectando de un modo sistemático ó difuso el pedúnculo, originen oftalmoplegias secundarias (síndrome de Weber, Benedich y Wernike), ya sea en el mismo territorio ponto-bulbar (oftalmoplegia nuclear progresiva) y en el origen aparente é intracraneal de estos nervios, donde por sus relaciones participan de las lesiones meníngeas, de las que afectan al seno cavernoso, de las exóstosis específicas del esfenoides y de los músculos en que se distribuyen.

Con este estudio haremos mención somera de algunas variedades clínicas de las oftalmoplegias.

*Observación 1.ª*—Mujer de treinta años, casada; entre sus síntomas sifilíticos recientes hay manifestaciones cutáneas y una iritis en tratamiento. Después de fuertes cefalalgias presenta una parálisis completa del m. o. c. del lado derecho, en la que se manifiesta una midriasis grandísima.

La enferma sufre un ataque apoplético que hace suspender el tratamiento apenas empezado.

*Observación 2.ª*—Mujer de treinta y tres años, con historia sifilítica, se presenta en mi consulta del Real Hospital en Junio de 1906, aquejando grandes cefaleas y fuertes dolores de oídos, que después de un mes de duración se siguen de ptosis del párpado superior izquierdo por parálisis completa del tercer par, y la inmovilidad ocular correspondiente con predominio del sexto par íntegro.

Estos fenómenos se siguen de cerca á una persistente neuralgia del trigémino del mismo lado, y la visión del ojo izquierdo tan disminuída, que sólo percibe los dedos á un metro de distancia.

Hay gran hipoestesia de las sensaciones encomendadas al trigémino izquierdo, con hipoalgesia, hipoestesia, termo-hipoestesia, con disminución de la sensibilidad gustativa de la lengua y cierta pa-

resia del masetero izquierdo. Presenta la enferma voz gangosa, notando el paso de los alimentos á la cavidad nasal en los momentos de la deglución; hay sordera del oído izquierdo con algunos dolores cervicales; los reflejos se encuentran exaltados. Con el tratamiento ceden los fenómenos del trigémino, y se modifica favorablemente la oftalmoplegia.

*Oservación* 3.ª—Hombre de sesenta años. Antecedentes sifilíticos antiguos; después de una temporada de persistentes cefaleas nocturnas, presenta una parálisis del motor ocular común en su musculatura extrínseca, con inmovilidad ocular, ptosis y estrabismo externo, quedando completamente libre la visión y las reacciones pupilares, que indican completa integridad en la inervación irídea. Después de una temporada de tratamiento, no encuentra más modificacion que una mejoría en la parálisis del párpado, y desaparece la observación.

*Observación* 4.ª—Mujer de cuarenta años, casada, con estigmas neurósicos y antecedentes específicos antiguos que se manifestaron por artralgias y sifílides cutáneas y mucosas. En 24 de Septiembre de 1902 se presenta sufriendo fuertes dolores en la región temporal izquierda, y á poco, sufre una parálisis del sexto par de este lado, con estrabismo y diplopia consecutiva. Con la medicación específica y la galvanización local, mejora la enferma.

*Observación* 5.ª—Hombre de cincuenta y un años, militar retirado. Relata una sífilis sufrida al principio de las guerras coloniales; las faenas de la campaña evitan un tratamiento serio. Se presenta á la consulta después de una temporada de cefaleas y diplopias, de la que es responsable una parálisis del cuarto par izquierdo. Después de un año de constante tratamiento, no encuentra mejoría apreciable.

***

De entre las observaciones que sacadas de nuestras notas clínicas resultan más necesarias para fundamentar este trabajo, citamos las más características oftalmoplegias, en las que se engloban las formas de estas neuropatías que con más frecuencia se presentan en la clínica.

De este modo vemos en la primera de nuestras enfermas el caso de una lesión total del motor ocular común, dando origen á una parálisis tan completa, que nada se respeta de la función del nervio; la musculatura intrínseca alterada se ofrece en esta enferma en forma de una *gran midriasis*, tan poco habitual en las lesiones nucleares del nervio, en las que su carácter, aparte de lo progresivo de los síntomas, es producir una mediana dilatación pupilar. Este dato, unido á lo rápido de la lesión, que por otra parte coincide con

otros fenómenos cerebrales anunciados por la persistente cefalea seguida de un ictus denunciador de una alteración circulatoria, que en esta enferma representa una lesión vascular asociada á la fundamental productora de la oftalmoplegia, relacionada más, á nuestro modo de ver, con una meningitis parcial de la base causa de la lesión del óculo-motor en su origen aparente, ó en su trayecto intracraneal; con sólo fijarnos en el estudio anatómico antes expuesto, es suficiente para suponer esta localización morbosa ante las circunstancias del carácter completo y acabado con que se manifiesta la oftalmoplegia en este caso.

En la segunda observación vemos los mismos accidentes prodrómicos que dan paso á la presentación de una oftalmoplegia por lesión del tercer par, que se une á otros síntomas dimanados del nervio óptico, del trigémino, del acústico y quizás del glosofaríngeo, con localización hemilateral del lado izquierdo. Una lesión tan amplia, que abarque inervación tan compleja, como puede juzgarse de los síntomas en este caso, hay que suponer en ella una difusión tal, que en ninguna región de los centros nerviosos puede hallarse, ni aun suponiendo que el mesocéfalo ofreciera campo de tal amplitud como para que se afectaran la mayoría de los nervios craneales, sin alteración visible de otros centros y vías. La misma lesión y con igual carácter que en el caso anterior puede explicar los síntomas, suponiendo que la meningitis esclero-gomosa de la base afectase al nervio óptico antes del quiasma, originando las alteraciones visuales por la neuritis retrobulbar, lesionando el origen del óculo-motor izquierdo en el espacio interpeduncular; el del trigémino en el borde externo de la protuberancia; el del auditivo en la fosa supraolivar del bulbo, y el del glosofaríngeo, próximo al anterior, dieran lugar á un síndrome tan difuso como el ofrecido por nuestra enferma, del que sólo pudiera ser responsable la antedicha meningitis.

No tan clara, al parecer, resulta la oftalmoplegia del tercer caso, donde sólo se encuentra afectada la musculatura extrínseca del óculo-motor. Ya hemos visto, según los datos anatómicos, que sólo en el pedúnculo cerebral ofrecen los núcleos del m. o. c. una sistematización y diferenciación suficiente para que determinadas lesiones den lugar á oftalmoplegias extrínsecas ó intrínsecas, según el territorio nuclear afectado. Por esta razón, á la vista de un enfermo de oftalmoplegia extrínseca del óculo-motor, se inclina el ánimo á pensar en esta localización anatómica para su diagnóstico topográfico; no obstante, debemos tener presente que, aunque rara vez, la neuritis gomosa primitiva puede ser la responsable de la parálisis ocular en este caso, dado que, como hemos mencionado, puede, tratándose de sífilis, afectarse parcialmente algunas fibras de las que

integran la totalidad del tercer par, para dar origen á una oftalmoplegia parcial de carácter neurítico.

Las parálisis oculares del cuarto y sexto par que aparecen en las observaciones no tienen nada de características, y para explicar los casos hemos de tener presente, como más frecuentes, las lesiones compresivas de origen aparente; y en segundo lugar, las destrucciones nucleares de origen vascular que, afectando á los centros bulbo-protuberanciales de estos nervios, den lugar á su parálisis. En todo caso, los síntomas que al proceso se añadan serán los que decidan un diagnóstico de localización tanto más exacto, si presentes tenemos los resultados de la terapéutica.

Quedan con esto consignadas las manifestaciones específicas en las meninges cerebrales cuando, ofreciéndose con carácter parcial, se localizan en la base del encéfalo, dando margen á la presentación de síndromes paralíticos, entre los que la oftalmoplegia ocupa lugar preferente en su semiótica.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## LAS ANGINAS DE PECHO

ESTUDIO CLÍNICO

POR EL DR. D. ANTONIO MUT
Del Instituto Rubio.

Alguna cosa buena daría yo por saber la causa, motivo ó genial inspiración que movió á Heberden para calificar con el nombre de «angina de pecho» el afecto que me propongo estudiar. Tal palabra no da idea del aspecto etiológico, nosológico, clínico de la enfermedad en cuestión, ni es posible que quiera significar semejanza con otras afecciones de índole ó naturaleza inflamatoria, ni se me ocurre por qué hemos de continuar llamándola de este modo. La misma razón existe para llamar angina de pecho á la estenocardia, que tendríamos para designar el cólico miserere con la denominación de «angina de vientre». Se me podrá objetar aquello de que el nombre no influye en la cosa; pero yo creo que sí influye, y mucho. Porque ¿quieren ustedes decirme qué nomenclatura patológica puede salir de aquí, si se generaliza el sistema, ni qué clasificación de enfermedades ó concepto nosológico vamos á tener de los padecimientos? ¿Dónde incluímos la *angina de pecho?* ¿En el grupo de las amigdalitis ó en el de las pneumonitis? Gerdy tenía mucha razón al decir «que no se debe pretender crear nombres para cosas que aun no se conocen».

No se pueden seguir los consejos de Trousseau, que decía á sus alumnos: «Apresuraos á olvidar la nosotaxia». Por el contrario, es preciso en la práctica un criterio de distribución, de clasificación de enfermedades en beneficio del orden y de esa facultad intelectual que denominamos «memoria». Ya sé que no hay método alguno, sin reparo, para clasificar el contenido de la medicina; pero, indudablemente, peor es no seguir ninguno (porque en la naturaleza no es ley la identidad ni aun dentro de la variedad), ó fundarlo en un criterio exclusivo como el moderno, y detestable bajo todos conceptos, puramente personal, de designar las enfermedades por el nombre del médico que ha hecho la primera descripción de una dolencia ó descubierto su causa, verificado algún tratabajo importante, etc., mil veces peor que los métodos alfabético, sinóptico, organopático, anatómico y etiológico ideados. Se tiende y se debe procurar que el nombre de la cosa nos dé idea de su carácter dominante, aquel que

sea más constante, más genuino, que lo tipifique, que auxilie la memoria, en fin, mientras llegan los buenos tiempos en que conozcamos de seguro la naturaleza y exacta localización de cada enfermedad.

Y si lo dominante, lo que caracteriza la mal llamada angina de pecho es el dolor, sabiendo que el órgano afectado es el corazón, y admitiendo el vocablo *algia* para significar los dolores, está construído el nombre del padecimiento. Claro es que la denominación de neuralgia cardíaca, precordialgia ó simplemente cardialgia, nada indica respecto á la naturaleza íntima de la enfermedad; pero en cambio, la terminación algia ó *dinia*, si se quiere, recuerda el síntoma culminante de la afección. Así, pues, cardialgia, como la llamó Laennec, cardiodinia, como la bautizó Baumgärtner, son, á no dudarlo, nombres preferibles para designar el síndrome Rougnon-Heberden.

Pero aun estos nombres debieran también pasar á la historia, ya que cientos de autopsias autorizan á creer que la lesión de las arterias coronarias es la causa eficiente y determinante de los accesos de cardialgia, y, por consiguiente, la afección que me ocupa debiera llamársela lo que es, una *coronaritis*. La estenosis de las coronarias y la isquemia miocárdica consecutiva son la causa primera de las crisis de angustia y de los fenómenos dolorosos de la cardialgia, ya sobrevenga dicha estenosis por el ateroma, por esclerosis ó por propagación de endo-aortitis sub-aguda y crónica. La comparación que ha hecho Potain entre las crisis de isquemia cardíaca por estenosis coronaria y la claudicación intermitente de los caballos por estenosis de las ilíacas es de una clarividencia que se impone por la lógica de los hechos. Unos vasos estrechados en su embocadura ó en su trayecto riegan insuficientemente el miocardio; sobreviene un aumento en el trabajo del corazón por un esfuerzo, una marcha, una emoción ó durante el sueño, que aumenta la tensión arterial; el aforo sanguíneo se hace más deficiente, el músculo se envenena y estalla la crisis de los fenómenos dolorosos, que, transmitidos á los centros nerviosos por el intermedio del pneumogástrico, puede determinar, por la vía del espinal, un reflejo productor del amortiguamiento y hasta la detención de las contracciones cardíacas. Todo esto es de una sencillez y una claridad meridiana y está sólidamente cimentado por el resultado de gran número de autopsias, y por numerosos experimentos además.

Hay, pues, que convenir con Huchard en que «no existen muchas anginas de pecho, sino una sola: la angina coronaria». Y es preciso que así ocurra, aun cuando no sea más que para orientarnos en el estudio y comprensión de semejante fenómeno morboso, tan embrollado hoy como ayer. No hay manera de darse buena

cuenta de las cardialgias si no nos mostramos tan radicales como G. Sée, aunque con las modificaciones que luego diré á este propósito, el cual sólo admite, con el nombre de angina verdadera la que resulta de la estenosis de las coronarias (angina que mata), reuniendo todas las demás variedades en un capítulo distinto con la denominación de *cardiacalgias* ó *falsas anginas* de Huchard (anginas que no matan). Confieso que me disgusta sobremanera la *falsedad* en todos los órdenes de la vida, y que en Medicina no veo la razón de su existencia. Al vado ó á la puente. Si admitimos como única angina la producida por coronaritis, las demás manifestaciones dolorosas del corazón serán lo que quiera que sean, neuritis, reflejismos, etc., cualquier cosa, sin necesidad de calificarlas con el epíteto de falsas, que es como decir absolutamente nada. Aquí, como en el reumatismo, los *pseudos* están á la orden del día, encubriendo una ignorancia que vale más declarar con toda sinceridad.

Pero ello es que siendo un hecho demostrado la existencia de lesiones coronarias en los sujetos muertos de angina de pecho, es también evidente, por los trabajos de Cintrac, Lartigne y especialmente por Lancereaux y Peter, con la sanción anatomo-patológica, que las lesiones ó perturbaciones funcionales del plexo cardíaco, por propagación casi siempre de procesos inflamatorios de la aorta, pericarditis ó tumores del mediastino, son la causa próxima del angor pectoris. Y ya estamos enfrente de la lucha entre nervistas y coronaristas. Para los primeros, no hay angina de pecho sin lesión material ó funcional de los plexos nerviosos cardíacos. Para los segundos, lo esencial es la estenosis coronaria y la isquemia miocárdica: afección nerviosa ó neurálgica en el primer caso; afección arterial ó coronaria en el otro. Si nosotros nos colocamos en un punto de mira más alto, fuera de las intransigencias y parcialidades de escuela y aun de maestros, comprenderemos, sin esfuerzo alguno, que ambas teorías pueden estar en lo cierto, que los exclusivismos exponen al error, que existe una angina de pecho por coronaritis, y, á su vez, una neuritis ó neuralgia cardíaca, por irritación de los plexos; que ambos síndromes son distintos nosológica y clínicamente considerados, puesto que uno es afecto vascular, el otro nervioso, y que tienen diferente sintomatología.

Estos escarceos sobre patogenia de las cardialgias tienen una grandísima importancia, porque repercuten en la terapéutica de estas afecciones. Las indecisiones, las vacilaciones, ocasionan fatales resultados en la práctica. A la clínica, á la cabecera del enfermo, hay que llevarse la lección aprendida de memoria; es decir, que se necesita tener ya con antelación un punto de mira, un norte, una idea fija para no andar con titubeos en el momento de disponer lo que debe hacerse, ya que la urgencia con que es preciso llenar las

indicaciones en esta terrible enfermedad, exige un diagnóstico lo más acertado posible, precedente obligado de una terapéutica apropiada.

¿Cómo distinguir una coronaritis de una neuritis cardíaca? Las crisis anginosas que se presentan *con motivo de un esfuerzo cualquiera* ó durante las primeras horas del sueño, son coronarias. Las crisis anginosas que se presentan espontáneamente, que se aumentan ó provocan por la presión, con numerosas irradiaciones dolorosas (cuello, nuca, mandíbula inferior, lomos, esófago, etc.), son neuríticas ó neurálgicas. Hablan en favor de la coronaritis la edad avanzada de los enfermos, haciendo más probable el ateroma arterial, y los signos físicos de una lesión cardíaca ó aórtica. Apoyan el diagnóstico de neuritis el carácter de los dolores, más fuertes y más duraderos en este caso, y la aparición del síndrome en la juventud. La angina coronaria consecutiva á una lesión de la aorta es consecuencia de la *endo*-aortitis. La neuritis cardíaca, debida á inflamaciones de la misma aorta, lo es por *peri*-aortitis; es decir, por propagación á los plexos. Lo que domina en la angina coronaria es la *isquemia* del corazón. Lo que caracteriza la neuritis es el dolor. La neuritis es mucho menos grave que la coronaritis. El tratamiento de la angina coronaria es arterial, anti-escleroso y anti-hipertensivo. El de la neuritis es revulsivo y calmante. ¿Está claro todo esto? Pues bien, celebro que así sea; pero, por mi parte, declaro que después de cotejar este cuadro, que expuesto queda, de diagnóstico diferencial entre las dos formas de angina de pecho orgánicas, con lo que yo he visto á la cabecera de los enfermos, quédanme no pocas dudas y confusiones.

En primer lugar, no es infrecuente encontrarse con enfermos anginosos en los que la auscultación cardio-aórtica no revela signo alguno (tal vez porque efectivamente no exista) de lesión cardíaca ó arterial, y ya queda, por consiguiente, descontado lo de la vía endo-aórtica en un caso, y la propagación peri-aórtica en otro. En segundo lugar, las crisis provocadas por el esfuerzo que caracterizan las coronaritis, tienen una elasticidad de interpretación inconmensurable; como que el esfuerzo puede ser variadísimo y en grados infinitos. En tercer lugar, porque hay esclerosos jóvenes—que no llegan á los cuarenta años,—y viceversa. En cuarto lugar, porque se admite que para la producción de anginas neuríticas no es indispensable la alteración anatómica de la vaina conjuntiva y de la mielina de los tubos nerviosos, sino que basta un estado hiperémico fugaz, sin lesión, que no deja huellas. En quinto lagar, porque las anginas de pecho pueden ser debidas sencillamente á un *espasmo* de las coronarias, y esto sí que ya es el colmo del diagnóstico clínico: diagnosticar el espasmo de las coronarias. Y en sexto, último y más im-

portante lugar, porque la clínica, esa dichosa piedra de toque que hace resultar falsas de veras las concepciones de gabinete más razonables, presenta casos vivos que ponen á prueba el entendimiento más sagaz, y que hacen crear, para salir del paso indudablemente, las formas *mixtas* coronario-neuríticas.

Visito en esta capital á un señor de sesenta y seis años de edad, arterio-escleroso, que hace *dos años y medio* está padeciendo diariamente uno y hasta cuatro y cinco ataques de angina de pecho. Este notabilísimo caso (creo yo que es notabilísimo, aun cuando reconozco que para otros puede resultar la más insigne de las vulgaridades) ha sido visto á mi instancia por dos clínicos que pasan, con razón, por ser los más eminentes y entendidos en enfermedades del corazón. El uno escribió en carta que conservo: «Arterio-esclerosis con angina de pecho consecutiva. Grave. Tratamiento: ioduros y trinitrina.» El otro, en tarjeta que también conservo, expresó así su dictamen: «Neuro-artritismo tipo, con exagerada irritabilidad de los plexos nerviosos cardíacos. Tratamiento: ioduros y trinitrina. ¿Se quiere un ejemplo más claro de que lo que para el primero de los médicos consultados era una angina coronaria, para el segundo se trataba de una angina neurítica? Sin embargo, el cuadro clínico que presenta el enfermo de que hablo encaja de lleno, de un modo acabado y completo, en el de angina por coronaritis. He aquí la prueba: tiene nuestro enfermo los síntomas cabales de la aortitis esclerosa (pulsación palpable en la fosa yugular, pulso tardo, duro, arterias superficiales flexuosas y endurecidas, etc.), causa ó concausa de la esclerosis de las coronarias. Los ataques de dolor aparecen siempre después de un esfuerzo, ordinariamente por la acción de andar, de subir una escalera, de vestirse con rapidez, de mover repetidamente el brazo izquierdo, etc. Estos dolores desaparecen con el reposo que instintivamente adopte el enfermo. Si este reposo es completo (permanencia en cama), no se presenta ninguna manifestación anginosa durante el tiempo que aquél subsista. (Ultimamente ha estado este señor tres días en cama, con motivo de un catarro, sin presentarse el más ligero fenómeno cardiálgico.) El dolor empieza en el centro ó borde izquierdo del esternón, con sensación enorme de peso, de aplastamiento en la región precordial, se irradia al hombro y brazo del lado izquierdo, y termina generalmente en la muñeca, que el enfermo siente como agarrotada por férreo anillo. He podido observar algunas de estas crisis, y he notado que el pulso y la respiración apenas se modifican (ligera angustia respiratoria, y pequeña disminución del número de pulsaciones); el semblante palidece un tanto, y queda la mirada y todo el enfermo suspenso, fijo, como esperando la terminación del ataque, que sólo dura unos minutos. Sólo en una ocasión, que no se ha vuelto á repetir en la larga histo-

ria de este enfermo, hubo un estado sincopal alarmante. La salud en los intervalos es completamente satisfactoria; los demás órganos funcionan con regularidad, y la auscultación del corazón da resultados completamente negativos. Los accesos se repiten dos, tres y hasta cinco veces al día, pero con desigual intensidad y duración; por lo general un acceso grande deja al enfermo libre para todo el día, mientras que uno pequeño hace esperar su repetición seguramente.

En resumen: la edad del enfermo, el ateroma arterial con probable mecanismo endo-aórtico, las crisis de esfuerzo, etc., hacen pensar en una cardialgia por estenosis coronaria. Ahora bien, el pronóstico de esta forma de angina orgánica es grave, gravísimo. Quién muere en el primer ataque, quién no resiste más que dos ó tres de ellos, y nuestro enfermo lleva sufridas más de *dos mil* crisis anginosas. Muchas anginas de pecho son esas—se me figura estar oyendo decir—para ser orgánicas. Luego entonces, ¿qué hacemos con la ley clínica de Huchard—cuya competencia en esta materia sería injusto no reconocer,—que dice así: «Toda angina de pecho producida por un esfuerzo cualquiera es una angina coronaria»? ¿Qué hacer con el cuadro de diagnóstico diferencial antes citado? ¿No vamos á dar valor ninguno á opinión de tanta estima como la sustentada por uno de los compañeros consultados por nuestro enfermo? ¿O es que la razón está de parte del otro médico que se inclina á creer que la causa es esencialmente neurítica? Pero si es así, ¿cómo ordena ioduros y trinitrina? ¿Por qué lo único que á este enfermo alivia, en el sentido de hacer menos fuerte los accesos, es precisamente la trinitrina, y no los puntos de fuego en la región precordial ni los analgésicos ni antiespasmódicos que se le han dispuesto? Si no es arterial, ¿por qué obedece mejor al tratamiento arterial que no al anti-neurálgico?

¿Será por ventura que, equivocados todos, estemos enfrente de una precordialgia anginiforme, de una angina *nerviosa?* Para ello sería preciso que el enfermo fuera histérico, ó neurasténico, ó epiléptico, ó basedowiano, ó atáxico, y que los dolores fueran permanentes, espontáneos, asociados á otras manifestaciones nerviosas, sin relación con el esfuerzo, y en el caso que presento nada ocurre de esto. No es una «Topoalgia» de Blocq. ¿Angina refleja? Pero ¿dónde está el punto de partida del reflejo? Ni neuromas ni traumas del brazo ni del tórax, ni afección gástrica ni hepática. Por fin, el enfermo que cito no es gotoso, ni diabético, ni albuminúrico, ni es fumador ni lo ha sido nunca, ni alcohólico ni sifilítico, y el análisis urinario que se ha hecho no demuestra nada de particular en cuanto á alteraciones ó trastornos de la nutrición. ¿Qué tiene, pues, nuestro enfermo? Vamos por partes.

Nuestro enfermo, hombre alto, delgado, bien constituído, no cuenta con tara alguna hereditaria (por lo menos, francamente ostensible). Sin enfermedades anteriores graves, que recuerde, en muchos años; sólo anota una afonía, que le duró bastante tiempo, y que apenas trató, y ligeros dolores de carácter reumático que jamás le han obligado á ningún tratamiento activo. Ejerce en Madrid una profesión liberal de las que no requieren energía física y de las que tampoco ocasionan contrariedades intensas. Tiene asegurada una posición económica desahogada; es casado, pero no ha tenido sucesión, y por ende se ha visto libre de las penas, sobresalto, disgustos y demás inquietudes que ocasionan los hijos. En suma: el «corazón moral» de este señor es un corazón perfectamente sano, y doy importancia á este punto porque yo soy de los que creen en la influencia decisiva y enérgica que tienen las emociones, las pérdidas de seres queridos ó de bienes de fortuna, la misma lucha por la conquista del pan, etc., sobre el corazón físico. Hombre de morigeradas costumbres, cumpliendo cronométricamente sus quehaceres diarios, no ha gastado ni gasta ni malgasta, mejor dicho, su energía individual bajo ningún concepto. Esta plácida existencia se ha mantenido hasta hace dos y medio años, en que un día, marchando por la calle con ligereza, notó un vivo dolor detrás del esternón acompañado de un estado angustioso, que le obligó á detenerse y á buscar apoyo en la pared, pues se sentía desfallecer. Duró el ataque unos minutos, transcurridos los cuales volvió á la normalidad; y atribuyendo lo ocurrido á un fuerte dolor reumático, olvidó lo pasado hasta el día siguiente, que con idéntico motivo se reprodujo el dolor, con mayor intensidad. Después ya no fué únicamente la marcha rápida lo que motivaba la crisis dolorosa, sino que bastaba cualquier movimiento ejecutado con celeridad: la ascensión de unos cuantos escalones, la acción de vestirse ó desnudarse de prisa, etc.; y una vez que le sobrecogió la crisis en mitad de la calle, y haciéndose fuerte pretendió llegar á una farmacia distante unos cuantos pasos no más del sitio donde se encontraba, la intensidad del dolor fué tal que creyó llegada su última hora, perdiendo el sentido.

He aquí el hecho clínico culminante que domina toda la fisiología patológica de este enfermo: dolor cardiálgico ocasionado por el esfuerzo. Tanto es así, que si viandando este señor intenta acelerar el paso, inmediatamente la sensación tenebrante retro-esternal le recuerda que no le está permitido más que una marcha muy lenta y pausada. Es la claudicación intermitente de Potain. El otro hecho físico que se observa en este enfermo es el pulso duro y la ligera repercusión diastólica de la aorta, que son los acompañantes obligados de la hipertensión arterial, causa ó efecto de las lesiones vaso-escleróticas. Relacionando, pues, estos dos hechos, el diagnóstico se im-

pone lógicamente: «angina de pecho por coronaritis esclerosa». Lo difícil del caso está en averiguar cómo con una lesión orgánica tan importante pueden sucederse tan gran número de ataques sin que la vida se haya extinguido, y es más, sin que el estado general se haya perturbado en lo más mínimo. ¿Cómo siendo ésta una de las «anginas que matan» no ha concluído ya con este enfermo? Pues no lo ha hecho porque es indudable que, para satisfacer á la clínica, debemos admitir *grados* en la estenosis coronaria, empezando por el espasmo de los vasos y terminando por la casi obliteración de la luz de los mismos. No lo ha hecho porque el miocardio no está degenerado en este caso. No lo ha hecho porque los demás órganos no se encuentran en estado de meiopragia, fatigados; porque este organismo no está intoxicado por el alcohol, ni por el tabaco, ni por otro veneno; porque, en fin, la economía de este enfermo ha respondido al tratamiento todo lo que podía contestar; es decir, que no han retrogradado las lesiones, pero tampoco han proseguido hasta ahora su invasora marcha.

Vean ustedes la importancia que tienen los primeros delineamientos de los trastornos vitales; la atención que merecen las iniciaciones morbosas; la imprescindible necesidad de estudiar los enfermos por todas partes, psíquica y orgánicamente considerados: tanto vale no perder la ocasión primera, el momento terapéutico útil. Sólo así es posible arrojar alguna luz en las negruras del pronóstico, y que la terrible palabra *mortal* no sea con tanta frecuencia la última frase que se estampa al final de la descripción de muchas enfermedades. Un célebre filósofo ha dicho: «Morir es una cosa muy difícil». Cierto, yo también participo de este pensamiento; sobre todo, si vemos á los enfermos, no ya—como suelen verse en los hospitales—maltrechos y desvencijados á las puertas del sepulcro, sino allá cuando lentas é insidiosas influencias van abriendo brecha en los organismos, convirtiéndolos en sustancia dispuesta para cualquier otra solicitación morbosa; cuando estudiamos á tiempo esos grandes procesos constitucionales, causa ocasional muchas veces, é informadora siempre, de otros locales, los que no pueden prevenirse ni retardarse en su evolución si no se conocen aquéllos con anterioridad. De otro modo, el diagnóstico anatómico completo, acabado, de lesión constituída, origina casi siempre un pronóstico fatal. El diagnóstico clínico de inminencia morbosa, de *predisposición*, si se quiere de psicoblepsis, es el único que permite sostener la esperanza de que los médicos servimos para algo más que para diagnosticar aneurismas y cánceres, cavernas y derrames, cirrosis y hemorragias; es decir, lesiones últimas consideradas como enfermedades primeras por quien no quiere ver en el sér humano otra cosa que un conjunto de partes materiales, divisibles, sin armonía y hasta sin espíritu racional.

Pero nos hemos separado un momento de nuestro enfermo, y es preciso volver á su lado. Desde la primera vez que me consultó este señor, formulé un juicio pronóstico muy grave, y avisé á la familia la posibilidad de una terminación fatal y pronta. Estudié la bromatología, cosmetología, perceptología, etc., del enfermo, y no pude hallar otra causa morbosa, ó que en todo caso pudiera serlo, sino que la alimentación de este señor se componía casi exclusivamente de carne. Atendí á este punto, y dispuse dieta láctea ocho días, y después régimen vegetariano, continuando con la leche y huevos; más tarde añadí algunas carnes blancas de pescado y ave, suprimiendo las de vaca, caza, y embutidos y quesos. Para bebida, agua ligeramente alcalina. Reposo en cama. Es decir, procuré introducir en el organismo el menor número de sustancias tóxicas alimenticias, facilitando la eliminación renal y evitando toda fatiga. Respecto al tratamiento farmacológico, seguí el consejo de aflojar el freno que aprieta el corazón periférico, rebajando la hipertensión arterial por medio de la trinitrina (dos gotas de la solución al centésimo, mañana y tarde); y como dicen (yo no estoy muy seguro de ello) que los ioduros aceleran y facilitan la circulación, rebajan la tensión arterial y activan la nutrición de los órganos, ordené medio gramo diario de ioduro potásico.

Vuelvo á decir, por si acaso ha pasado desapercibido, que receté los ioduros porque no hay autor que no los ensalce en ésta y otras muchas afecciones, pero no porque mi experiencia esté conforme en atribuir á este medicamento, salvo el período terciario de la sífilis, ninguna de las grandes virtudes que proclaman los demás. Cuestión de suerte, de oportunidad tal vez, pero yo nunca he visto nada notable de esta droga.

El enfermo se sometió y siguió el plan con gran escrupulosidad, y, á pesar de ello, continuaron los dolores con la misma frecuencia, pero, á decir verdad, menos intensos, por lo que aconsejé consultase con dos médicos que merecen la mayor confianza en esta clase de enfermedades, y expuestas quedan sus opiniones y sus récipes.

Han transcurrido dos años y medio, y la situación es sensiblemente igual. Fuera de sus accesos, el enfermo no parece experimentar, ni en realidad experimenta, molestia ni anormalidad alguna. Sólo cuando sale á pie á la calle, á los primeros pasos se inicia el dolor, que cede si el enfermo se detiene, pero que llega al paroxismo si intenta continuar andando. Su aparato cardio-vascular sigue lo mismo que al principio de la enfermedad, y en el resto del organismo nada nuevo ha aparecido.

Y ahora dos palabras acerca de algunos puntos sobre concepto y tratamiento de las crisis anginosas. Es opinión muy generalizada

entre ciertos clínicos que lo que caracteriza la llamada angina de pecho no es el dolor, sino la angustia. Tanto es así—dicen,—que puede haber ataques de angina sin dolor, mientras que la sensación de inminencia de muerte, la ansiedad suprema, la idea de que se va á acabar la vida, el *angor*, existe siempre. Confieso con toda sinceridad que me vería en grave aprieto para diagnosticar una angina de pecho sin dolor, y no sé cómo se las arreglarán mis compañeros (alguno de los que ha sustentado esta manera de ver en pública conferencia) para diferenciar la angustia de la angina de pecho de la determinada por un ataque histérico (me refiero al momento de la crisis), de la ocasionada por un acceso de asma, por una uremia, etc. Yo no lo entiendo.

Otra aserción corriente en todos los libros es la de que la angina de pecho es un síndrome, no una enfermedad. ¿Pero qué se necesitará para que una perturbación morbosa merezca la categoría de *enfermedad*? Porque la cardialgia tiene su etiología, su patogenia, su anatomía y fisiología patológicas, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, como las tiene la nefritis ó la pneumonía. Es que el conjunto de síntomas denominado angina de pecho se presenta no como una afección independiente, sino con motivo de distintas alteraciones patológicas, dicen los autores. Bien; pues eso mismo pasa con otras muchísimas afecciones, que todos reconocemos como enfermedades, como entidades separables; y tiramos de la cuerda para todos los casos ó aflojamos sin distingos, porque de lo contrario no hay modo de entenderse.

El último punto que quería tratar, y termino, es el referente al tratamiento de las crisis anginosas, recomendado por el Dr. E. Romberg, de Leipzig. Este sabio protesta valientemente contra el empleo de los narcóticos en los casos de angina de pecho, y aconseja el fosfato de codeína, el bromuro sódico y la tintura etérea de valeriana, junto con los maniluvios, un buen vaso de vino caliente, y si acaso, inyecciones subcutáneas de alcanfor ó cafeína. Señores: hay ocasiones en que al leer en letras de molde, en libros destinados á la enseñanza, tales monsergas, duda uno hasta si el que escribe aquello ha visto enfermos de la misma enfermedad de que habla. ¡Váyanle á un individuo, presa de irresistible dolor, con las facciones desencajadas, denotando la ansiedad más extrema, la angustia y opresión más terribles... con unas gotitas de tintura de valeriana ó con una cucharada de bromuro! Es muy triste que ciertos entendimientos que quieren pasar por originales no encuentren otro medio para ello que destruir lo que son hechos de observación de toda la vida, confirmados por todos los prácticos. El mismo efecto me producen estos médicos que protestan del empleo del opio contra el síntoma dolor, que los que se sublevan contra el uso del vejigato-

rio en los afectos pulmonares inflamatorios agudos; es decir, deplorable. Nada: cuando se vea á un enfermo con violentísimo dolor retro-esternal, pálido, cubierto de sudor frío, en medio de una angustia indescriptible, inmóvil y ansioso, esperad el final de la crisis que los antiguos denominaban «una pausa de la vida», cargad pronto vuestra jeringuilla de morfina, é inyectad uno, dos, tres centigramos si es preciso, pues aun continúan siendo verdaderas las palabras de Sydenham: *Divinum est opus sedare dolorem.*

---

## NOTA SOBRE LA RADIOGRAFÍA COMO MEDIO DE ESTUDIO DE LA DISTRIBUCIÓN VASCULAR EN LAS VELLOSIDADES PLACENTARIAS

Por el Dr. Carmelo Gil é I.
Del Instituto Rubio.

La idea de inyectar con distintas masas el sistema vascular, para poder luego por medio de los rayos Röntgen estudiar con todo detalle la marcha y distribución de los vasos sanguíneos, no es nueva, y ya desde hace bastante tiempo se han llevado á cabo, con éxito, tales pruebas. En el año 1896 publicó U. Dutto (*Arch. ital. de Biol.*) figuras de preparaciones inyectadas con sulfato de calcio. De aquella época son igualmente los trabajos de Braus, H. (*Uber Photogramme von Metallinjektionen mittelst Röntgenstrahlen.* Anat. Anz. B. 11, s. 625-629, 1896), y los de Harold, J. Stiles (*Journ. of Anat. and Physiol.*).

Son igualmente interesantes los resultados obtenidos por London en 1898, impregnando las paredes de los vasos con sublimado; para ello inyectaba soluciones de sublimado al 5 por 100 en animales, y conseguía fotografías de ramificaciones vasculares muy finas.

No he de seguir ni citando autores, ni exponiendo materias inyectables con las que se puede conseguir hacer visible la marcha y disposición de los vasos en las distintas regiones del cuerpo ó del tronco entero, por no ser éste el objeto de esta nota; pero sí, antes de entrar en materia, daré una lista de las principales sustancias empleadas.

El bermellón finamente pulverizado, incorporado al aceite esencial de trementina; los óxidos de plomo (massicot, litargirio, minio); el cromato de plomo; el lacre; la masa de Teichmann con cualquier cuerpo opacante; el ungüento ó pomada mercurial, incorporada á la masa de inyección que se emplea en los laboratorios de Anatomía. Las inyecciones con «Yodipin» no han dado resultado satisfactorio. Por último, anoto aquí la fórmula de la masa de inyección pre-

parada por el farmacéutico Sartorius en el hospital Eppendorf (Hamburgo), y que da magníficos resultados por varias condiciones especiales que reúne.

| | |
|---|---|
| Mercurio | 1.000 |
| Trementina | 200 |

Mézclese finamente en mortero, y añádase, mientras se agita, la siguiente masa fundida, y que se ha dejado medio enfriar:

| | |
|---|---|
| Cera blanca | 40 |
| Sebo | 60 |
| Manteca | 50 |

Delove es el primero y único (al menos, que yo sepa) que ha empleado la radiografía para el estudio de la distribución de los vasos en las vellosidades placentarias (1). El que el procedimiento seguido por este autor difiere bastante del empleado por mí, no sólo

porque después de la inyección incluye la placenta en estearina ó parafina, sino también porque corta trozos delgados de la misma para radiografiarla, con lo cual quizá no se pueda ver en un solo golpe

(1) Delove, Z.: *Radiographie des capillaires de la veine ombilicale dans les villosités placentaires.* Compt. rend. Soc. Biol. Paris, t. 4, nr. 14, p. 359-361; 1897.

de vista el conjunto de la distribución vascular, como ocurre cuando se la radiografía sin seccionarla, según yo lo hago, así como el no haber visto ni en Revistas ni en los modernos libros de texto el empleo de este procedimiento para el estudio de la circulación de la placenta, han sido los motivos que me han decidido á escribir esta pequeña nota sobre el procedimiento, y presentar la adjunta fotografía de una placenta á término, normal, creyendo poder demostrar con ella cómo con este método pueden conseguirse bellísimos preparados, no sólo de interés desde el punto de vista de la enseñanza y demostración al alumno de la riqueza vascular de este órgano (sobre todo haciendo fotografías estereoscópicas), sino también como medio de estudio de una porción de alteraciones ó de particularidades anatómicas de este órgano, estudiadas hasta el presente empleando procedimientos mucho más complicados, como son los antiguos de corrosión ideados por Nichol, profesor de Oxford, y perfeccionados por Hyrtl. El que se haya dedicado á los trabajos prácticos de anatomía conoce ya el sinnúmero de dificultades que lleva en sí el procedimiento de corrosión, así como lo difícil que resulta conservar la preparación que se ha conseguido obtener, puesto que la materia de inyección empleada resulta sumamente frágil.

En cuanto al *modus faciendi* por mí empleado, poco he de decir. La masa de inyección más manejable y que me ha dado hasta el presente mejor resultado es el mercurio metálico.

Poniendo al descubierto por disección las arterias umbilicales, introduzco una cánula, y después de bien fijada por medio de un hilo resistente enchufo en la cánula un tubo de goma que por su extremo libre va unido á un embudo. Conseguido esto, se vierte poco á poco el mercurio metálico en el embudo, y elevando éste más ó menos se logra graduar la presión lo suficiente para que la masa de inyección penetre hasta las ramificaciones más finas. Se liga el cordón antes de separar la cánula, para evitar salga el mercurio, y se procede á radiografiar, con arreglo á la técnica usual, la placenta ya inyectada.

Empleando el mercurio metálico no encuentro necesario el sumergir durante una ó dos horas la placenta en agua caliente á 40° ó 44°, como de ordinario se recomienda, sobre todo si se emplean materias de inyección que antes de usarse necesitan fundirse.

No me extiendo más en otros pequeños detalles de técnica, pues sabido es que el éxito en estos casos depende más bien de la práctica que de las nociones que pueden adquirirse teóricamente.

En la radiografía se ve claramente cómo cada una de las arterias umbilicales se distribuye por cada mitad de la placenta; de cada una de ellas nacen un número variable de troncos (alrededor

de seis), de los que á su vez nacen ramas más delgadas, que se dividen y subdividen, formando bellos y elegantes nidos de capilares finísimos.

---

## DE LA ESOFAGOSCOPIA INFERIOR

POR EL DR. RICARDO BOTEY

Así como existe la tráqueo-broncoscopia inferior por una abertura ejecutada en los primeros anillos de la tráquea, creo que debe existir la esofagoscopia inferior por otra abertura en la porción cervical del conducto esofágico, cuando las circunstancias lo exigen. Los ensayos en el cadáver hechos por mí últimamente, y la experiencia de algún caso que llevo visto estos días, me han indicado este camino, no explorado todavía, ó apenas explorado.

La esofagoscopia inferior puede ser *directa* y *refleja*. Una y otra necesitan la previa esofagotomía cervical externa, para poder introducir los tubos por la incisión del conducto esofágico. Ambas, como es natural, se ejecutarán con mucha menor frecuencia que la esofagoscopia superior; sin embargo, la esofagoscopia inferior hallará su indicación en los casos en los cuales conviene extraer un cuerpo extraño enclavado en la porción torácica del esófago y que no ha podido desprenderse por la esofagoscopia superior, no alcanzándose á él por la abertura labrada en la porción cervical del esófago, por estar situado el cuerpo extraño por debajo del nivel de la séptima vértebra cervical, entre ésta y la undécima, ó sea por encima del hiatus diafragmático, última estrechez donde se atascan la mayoría de cuerpos extraños del esófago, que han sido empujados hasta allí por las ciegas maniobras del pantiatra ó por las del cirujano, con la sana intención de impulsar el cuerpo extraño hacia el estómago. En semejantes casos, por cierto no infrecuentes, ha habido generalmente violencia, y los tejidos se encuentran traumatizados, las paredes del esófago están tumefactas, inflamadas y ulceradas, existiendo á menudo una esofagitis ó peri-esofagitis más ó menos graduada. Son estos casos difíciles y peligrosos, ocurriendo en ellos, á veces, complicaciones mortales, tales como hemorragia interna por herida de la aorta, mediastinitis, flemón peri-esofágico, empiema, pioneumotórax. Estas complicaciones son debidas á que el cuerpo es vulnerante y voluminoso.

Los cuerpos extraños del conducto esofágico, susceptibles de ser extraídos por la esofagoscopia inferior ó traumatodial, como diría mi amigo el distinguido oto-rino-laringólogo de Madrid, el Dr. García Tapia, son los que están situados á mayor distancia de 25 centímetros de la línea dentaria, sin pasar de 35. A menor distancia de

25 centímetros pueden extraerse por la esofagoscopia superior directa ó refleja, ó bien, en caso de fuerte enclavamiento, desde la herida esofágica externa, sin el auxilio del tubo esofagoscópico, con tan sólo atraer hacia arriba el esófago en dirección de su eje longitudinal, é introducir después una pinza ó el mismo dedo.

A la distancia de 35 centímetros se alcanza el *hiatus esofágico*, y allí el esófago se estrecha, se acoda, no manifestándose la luz de su conducto más que por una hendidura ocasionada por el anillo diafragmático. Si con el tubo intentásemos atravesar el hiatus en línea recta para penetrar en el cardias y en el estómago, provocaríamos dolores y hallaríamos bastante resistencia y dificultades, pues el extremo del tubo tropieza con un obstáculo, el diafragma, que obliga al esófago á que forme un repliegue oblicuo á este nivel. Hay que inclinar el tubo hacia la izquierda, dirección del esófago, para que pueda proseguir su camino. Por tanto, para extraer un cuerpo extraño situado á más de 35 centímetros de los incisivos, en pleno cardias, la esofagoscopia inferior no es aplicable, ó lo es difícilmente: hay que recurrir á la gastrotomía ó la gastrostomía; pero el que está versado en la esofagoscopia, apenas nunca tendrá que acudir á la abertura del estómago; y tan sólo alguna vez á la esofagotomía cervical externa, seguida ó no de la esofagoscopia inferior.

La extensión de esófago explorada por la esofagospia inferior no alcanza, pues, más de 10 centímetros desde la distancia de 25 centímetros de los dientes á la de 35. Los tubos serán, por lo tanto, muy cortos; bastará que tengan, como máximum, 18 á 20 centímetros de longitud.

El diámetro de estos tubos puede ser bastante grande, puesto que el esófago en su porción torácica es más ancho que en la cervical, y no se tropieza aquí con el esfínter cricróideo, como en la esofagoscopia superior. Manejando tubos cortos y de más de un centímetro de luz, pues estos tubos pueden alcanzar á 14 y hasta 15 milímetros de grosor sin inconveniente alguno, es excusado decir que se ve por ellos mejor que con los empleados en la esofagospia superior; tanto más, cuanto que, como es sabido, la porción torácica del esófago está normalmente dilatada, formando una cavidad real y no virtual, como antes se creía: nuestra vista percibe, en vez de una pequeña porción de esófago no lejana del extremo del tubo como en la porción cervical, una extensión de conducto esofágico de 8 á 10 centímetros de largo, cuando menos; lo que además de facilitar la exploración, hace innecesario el empleo de tubos más largos de 20 centímetros.

Mis tubos para la esofagoscopia inferior carecen de mandrín; su pico es abiselado. Con ello se consigue perfectamente la introduc-

ción del tubo por entre los labios de la incisión esofágica, sin violentarlos.

Para los niños de dos á ocho años bastan tubos de 14 á 16 centímetros de longitud y de 8 á 10 milímetros de diámetro, dado que la longitud del *tractus* esofágico, desde el extremo inferior de su porción cervical, sitio de la herida operatoria, á las proximidades del *hiatus* diafragmático, es de 10 á 12 centímetros, como término medio. Sin embargo, tengo tubos más cortos y con mango para el examen de la mitad superior de la porción torácica del esófago, por la herida cervical.

Los demás tubos, lo mismo que los utilizados para el adulto, carecen de mango y poseen un ensanchamiento cónico en su extremidad superior.

La esofagoscopia inferior puede perfectamente ser refleja. Basta poseer un tubo y el espejillo laringoscópico para poder llevarla á la práctica con perfección, puesto que es más fácil que la esofagoscopia superior refleja, y también, como veremos más adelante, menos dificultosa que la traqueoscopia superior refleja.

Por tanto, la esofagoscopia inferior refleja está al alcance del pantiatra, del cirujano general y del laringólogo no familiarizado con las difíciles prácticas de la esofagoscopia y tráqueo-broncoscopia directas, que requieren además un instrumental costoso.

*Técnica.*—Incisión en el lado izquierdo del cuello enfermo, en posición semisentada; cabeza inclinada hacia la derecha, etc. Descubierto el borde anterior del esterno-cleido mastoídeo, se aparta afuera junto con los grandes vasos con su vaina, y la glándula tiroídea se desvía adentro, etc. En la parte más profunda de la herida, junto á la columna vertebral por detrás, y á la izquierda de la tráquea, se observan el esófago, etc.

Hallándose el recurrente izquierdo en el surco entre la tráquea y el esófago, hay que incindir éste siempre por la pared lateral junto al cuerpo de las vértebras.

Para facilitar la orientación se introduce por la boca una sonda que empuja la pared esofágica, no debiendo olvidar que el esófago es bastante grueso, con dos capas poco adherentes, por lo que es conveniente que la incisión las comprenda.

Abierto el conducto esofágico en una longitud de dos ó tres centímetros lo más inferiormente posible, se aplica inmediatamente á cada lado un par de asas de hilo á través de todas las capas, para mantener abierta la incisión mientras se introducen los tubos esofagoscópicos. Si las maniobras han de ser largas ó no se ha podido extraer el cuerpo extraño en la primera sesión por estar fuertemente enclavado ó profundamente situado en las proximidades del cardias, se suturan todas las túnicas del esófago al tejido celular subcutáneo.

# TRATAMIENTO HIGIÉNICO Y MÉDICO DEL CIEGO COLEGIADO

**Extracto de la Memoria presentada, por invitación del Excmo. Sr. Comisario regio del Colegio Nacional de Sordomudos y Ciegos, en la Asamblea Nacional celebrada en Diciembre de 1906.**

POR EL DR. SANZ BLANCO

**Oculista de los Asilos Municipales de San Bernardino.**

El ciego, por el hecho de serlo, necesita del auxilio y protección del resto de la humanidad, y todos estamos en el deber de preocuparnos por la suerte de nuestros semejantes privados de función tan importante para la vida de relación, como es la función visual, y procurarle todos los medios necesarios para la conservación de su vida, tanto en lo que concierne á la parte material y orgánica, como en lo que se refiere á la moral, intelectual ó psíquica.

El ciego no es ni debe ser una carga pesada para la sociedad ni para la familia, puesto que, á pesar de su desgracia, no está imposibilitado para ganar su pan y el de los suyos: cierto que no puede elegir con libertad, como el vidente, la labor á que ha de dedicarse; pero muchas ocupaciones existen, tanto domésticas como de las que constituyen algunos oficios, artes ó ciencias que ellos pueden desempeñar y desempeñan á toda perfección, como lo estamos viendo en los colegios y fuera de ellos.

La historia nos da á conocer innumerables ciegos que han prestado reconocidos servicios á la sociedad: así tenemos á Huber, ciego, que, auxiliado por un criado inteligente, continuó los trabajos de Reamur sobre las costumbres de las abejas; Agustín Tierry, que sumido en la ceguera á los treinta años, no abandonó sus investigaciones históricas; Milton, Vidal, que dirigió durante mucho tiempo la clase de modelado de la escuela de Braille; Marchant Mundy, autor de una estatua de Washington; Irving y otros muchos que han ejercido diferentes profesiones de arte, ciencia ú oficios manuales.

Lo que es preciso es que los hombres de buena fe, aislados ó en colectividad, dentro cada uno de su respectiva esfera de acción, dediquen parte de su atención á estos desgraciados seres, y siguiendo la senda iniciada por el inmortal Valentín Haüy, que fué el primero que se ocupó de mejorar la suerte de los ciegos, estudien sus aficiones y aptitudes, aplicando en su favor los valiosos elementos conocidos, ó imaginando otros nuevos si aquéllos les parecen insuficientes ó defectuosos para el perfeccionamiento de su especial educación, y al conseguir que sean miembros útiles á sí mismos, les den la satisfacción de serlo también á sus familias y á la sociedad que por ellos vela.

M. Riggembarch, ciego y profesor de teología de la Universidad

de Bâle, dice á este propósito en una carta que dirige al Dr. Javal, eminente oculista francés y también ciego por sarcasmo de la suerte:

«El ciego no puede tener otra satisfacción en el mundo que no ve, que tener la certeza de que es un miembro útil á la sociedad y contribuir por su parte al bienestar de la colectividad.

»Es un error, sigue diciendo, limitarse á distraer á los ciegos: es necesario, por el contrario, inducirlos al trabajo y á que utilicen todas sus energías, aunque no con la pretensión de que lleguen á obtener las mismas situaciones de los videntes.»

Y continúa: «En lo que á mí concierne, estoy muy satisfecho de haber podido hacer mis estudios, á pesar de faltarme la vista, y de haber llegado á ocupar un puesto universitario».

Para lo que el ciego está incapacitado es para conducirse por sí solo en todos los actos de la vida: necesita, si no constantemente, en muchos momentos, del auxilio ajeno, y para que éste, en vez de ayuda, no sea motivo de cansancio ó se convierta en obstáculo para la realización del fin propuesto, ha de reunir el encargado de prestárselo condiciones de afabilidad, perseverancia y discreción, á la vez que cultura, método y claridad de enunciación.

¡Quién sabe si la falta de estos requisitos en sus auxiliares motivaron las siguientes frases del profesor de la Institución de ciegos jóvenes, hombre eminente, conservador del museo de Valentín Haüy, y ciego, M. Guilbeau!

«Si nosotros deseamos ardientemente la vista, no es sólo por el placer de ver las cosas y distinguir los colores; es mucho más por librarnos de las trabas que la ceguera nos pone en todas partes, en la calle, en la habitación, en la mesa, y por evadirnos de la dependencia que, aunque cariñosa, pesa constantemente sobre nosotros.»

Al tratar de la higiene del ciego colegiado, hay que considerar á éste bajo los distintos aspectos de asilado, escolar, obrero manual artístico ó intelectual y ciego.

Al ciego colegiado no debe sometérsele sólo á las prescripciones higiénicas comunes á todos los individuos que viven en colectividad; la situación especial en que le coloca la falta de percepción visual reclama, además de los generales, otros cuidados también excepcionales.

Pasaré en silencio lo que á las prescripciones generales se refiere, por no diferir en nada de las ya por todos conocidas, y me fijaré sólo, aunque no con toda la extensión que yo deseara, en las que tienen exclusiva aplicación á los ciegos.

Esta parte especial de la higiene comprende muy principalmente la higiene de los sentidos.

Es una creencia vulgar, y por ende muy extendida, la de que los

ciegos tienen un desarrollo de los órganos de los demás sentidos que excede al de los individuos no ciegos mejor conformados; suelen creer las gentes que los ciegos oyen, palpan, huelen y gustan en mucho mayor grado que sus semejantes videntes, porque la naturaleza, pródiga en dádivas, compensa su defecto visual desarrollando los demás órganos de sensación especial en proporción directa de lo que aquél decrece; y hasta tal punto llega esta idea, que es corriente oir asegurar que la persona que por cualquier accidente pierde la visión de uno de sus ojos, llega á ver con el que le queda útil mucho más que lo que antes con ese mismo veía.

No tengo necesidad de esforzarme en buscar argumentos ni acudir á pruebas de experimentación ante vosotros los que me escucháis, para demostrar el error de tales creencias; bien sabéis que todo es efecto de la educación especial á que los privados de la vista someten sus demás sentidos, y que si éstos, sobre todo el del tacto y el del oído, llegan á una perfección tal que á veces raya en lo inverosimil, no es porque los órganos encargados de la transmisión de las sensaciones, ni la parte del cerebro que las ha de recibir, experimente un desarrollo hipernormal, si se me permite la frase; es sencillamente que, como el ciego tiene que utilizarlos mucho más que el que no lo es para darse cuenta de cuanto le rodea, sabe sacar de ellos mucho más partido, reconcentrando su atención y grabando en su memoria todos los detalles, por insignificantes que parezcan, que impresionan su oído, tacto, olfato ó gusto.

Un ciego que es saludado por una persona con la que nunca ha tenido relación, sabe en seguida si es hombre ó mujer, alto ó bajo, viejo ó joven y otra porción de circunstancias á él propias, porque relaciona las sensaciones que le da el tacto (tersura, dimensiones y aun energía de la mano que estrecha la suya) con las que le da el oído (timbre de la voz, altura de donde proviene, etc.), y conservando en la memoria todos estos datos relacionados, conoce muy pronto y sin equivocarse al mismo individuo cuantas veces le encuentre en la calle, en su domicilio ó dondequiera que sea.

Esta facultad, hija de la educación á que el ciego se somete, llega á veces á los grados más extraordinarios y sorprendentes.

En una conferencia dada por el director del Colegio Nacional de Sordomudos y Ciegos de Madrid, D. Miguel Granell, en el Centro Instructivo del Obrero, cita el caso de un alumno del referido colegio, que era sordomudo y ciego, llamado Martín de Martín y Ruiz, que entre otros hechos notables que realizaba, conocía, sólo por el tacto, á las personas y sabía la edad que tenían; distinguía los billetes del Banco, indicando el valor de cada uno; jugaba á las cartas, sabiendo cuál era cada una de ellas, etc., etc.; y presentado que fué al rey D. Amadeo de Saboya, no sólo señaló en un mapa la nación

donde había nacido, sino que en él trazó con el dedo el trayecto que recorrió para llegar á Madrid.

Sírvese el ciego del oído para reconocer ciertos objetos lejanos, por el ruido que producen; sabe dónde se encuentra, por el ruido de sus pasos; se da cuenta desde su domicilio de si el suelo está húmedo, por el sonido de los pasos de los transeuntes.

Por medio del olfato distingue unos de otros infinidad de cuerpos ú objetos, que las personas que gozan de integridad visual no han parado su atención en si huelen ó no.

Pero de todos los sentidos corporales, el que mayores servicios presta al ciego es el del tacto: de él se sirve para darse cuenta de la forma y dimensiones de los objetos, es el que utiliza para leer y escribir, á él confía la mayor parte de sus actos; en combinación con el del oído, le sirve para orientarse; es, en fin, el que más completamente suple la ausencia de la vista.

Todos sabéis que desde el siglo XVI, época en que aparecieron los primeros sistemas en relieve para enseñar á leer y escribir á los ciegos, sistemas que, inspirados en la idea que tuvo el calígrafo Francisco de Lucas de hacer un libro cuyas planchas caligráficas estaban en bajo relieve, fueron dados á conocer y perfeccionados por Valentín Haüy, por Barbier más adelante, y últimamente por Luis Braille, los ciegos leen y escriben letras, música y números, valiéndose para ello del sentido del tacto.

Cuando el ciego camina por las calles ó dentro de las casas, pone á contribución las excelencias de su oído en combinación con las del tacto; cuando quiere que éste obre á distancia se ayuda con un bastón, objeto al que el ya citado Dr. Javal considera como una prolongación del sentido táctil.

Este sabio oculista, con el que al quedar ciego perdió la oftalmología una de sus más elevadas figuras, escribió después de su desgracia un interesante libro titulado *Entre aveugles*, en el que da un sinnúmero de consejos útiles, no sólo á los ciegos y sus asistentes, sino también á los oculistas, y en él dice que jamás abandona su *varita, que le sirve de antena* cuando deambula lo mismo en su casa que entre la multitud.

El refinamiento de educación de los dos sentidos que más utiliza el ciego para los menesteres de su vida, ó sean el del oído y tacto, es lo que en mi opinión ha hecho pensar á notables personalidades que los privados de vista tienen la facultad de un sexto sentido, al que llaman «sentido de los obstáculos».

Transcribiré al llegar aquí algunos párrafos del ya citado libro *Entre aveugles*, del que es autor el también ya repetidas veces mencionado Dr. Javal, que expresa mejor que yo pudiera hacerlo datos interesantes sobre esta materia.

Dice así: «Todas las personas que hayan fijado su atención en los ciegos habrán observado que todos ellos, en mayor ó menor grado, tienen desenvuelto ese sentido que se ha dado en llamar «sentido de los obstáculos». Habrán visto á los niños ciegos circular en los jardines de recreo sorteando á toda perfección los encuentros de los árboles; marchan por los corredores y pasillos, pasando de una habitación á otra, y reconocen en seguida si las puertas están abiertas ó cerradas; algunos ciegos existen que hasta pueden contar y señalar sin equivocarse el número y situación de las ventanas de una galería».

Cítanse casos de esta naturaleza á cual más curiosos é interesantes. Un profesor de Historia de la Institución Nacional de Paris, ciego desde los cuatro años de edad por atrofia de los nervios ópticos, marcha libremente por las avenidas sorteando los árboles y los tropiezos con los faroles del alumbrado público; si camina por una carretera, evita los encuentros con los montones de grava que en los bordes colocan los peones camineros; á más de dos metros de distancia señala la existencia de un muro; dentro de una habitación indica dónde están colocados los muebles más voluminosos.

Otro ciego, M. W. Hanks Levy, autor de una obra titulada *Blindness and the Blind*, dice que en las habitaciones ó en la calle, andando ó parado, reconoce si se encuentra frente á un objeto y si éste es grande ó pequeño; si se le pone ante un obstáculo, diferencia si éste es un cuerpo grande, una pared ó una empalizada, etc., etc.; y no cito más casos por no molestar la atención de los oyentes.

Que el hecho existe, nada más cierto; ahora, en lo que no están de acuerdo ni los que poseen esta facultad ni los que la estudian, es en la explicación de cómo y en virtud de qué sensaciones especiales se manifiesta.

Unos ciegos dicen que la referida sensación la experimentan en la frente; otros, sin poder determinarla punto fijo de asiento, aseguran que la pierden si se tapan los oídos, y que cuando al marchar por la calle, si hay viento fuerte ó pisan sobre nieve, lo mismo que dentro de las habitaciones cuando hay ruido ó pisan sobre alfombras, se les debilita notablemente; el ya citado Hanks Levy dice que, aun cuando se tape los oídos, no deja de experimentar la sensación de los obstáculos; pero que la pierde por completo si se cubre la cara con un pañuelo.

Yo, por mi parte, sin tratar de dar á estos hechos una explicación satisfactoria, creo que el llamado sexto sentido, sentido de los obstáculos, es el efecto de una exquisita y combinada sensibilidad del oído y del tacto que experimentan los efectos que las distintas presiones de las capas atmosféricas sufren según que el recinto ó lu-

gar donde el ciego se encuentre esté libre ó en él existan cuerpos de relativo volumen.

De todo lo que apuntado queda se desprende que para el ciego es de capital interés la observación de rigurosas medidas de higiene especial para la conservación y plena posesión de sus restantes sentidos.

Así, pues, en lo que al olfato, gusto y oído se refiere, deben evitar, en primer lugar, sustraerse á todas las influencias que puedan determinar inflamaciones de la mucosa que reviste los respectivos órganos en que residen.

Por vulgares y por demás conocidos omito el detalle de todos los medios que pueden ponerse en práctica para que los citados órganos queden á cubierto en lo posible de la invasión de procesos inflamatorios catarrales *a frigore*.

La más exquisita limpieza debe llevarse á cabo en la boca, nariz y oídos, con objeto de que no se conserven, formando depósito en sus cavidades, sustancias, ya producto de sus propias secreciones y exhalaciones ó ya materias extrañas que provienen del exterior, que al descomponerse determinan irritaciones, inflamaciones ú otros procesos patológicos que afectan á la integridad del perfecto funcionamiento del aparato en cuestión.

Con objeto de ponerse á salvo de las indicadas complicaciones, se obligará al asilado á que practique diariamente el cepillado de sus dientes, ducha nasal y lavado del conducto auditivo externo, empleando única y exclusivamente agua hervida, ó una solución de ácido bórico al 2 por 100 y á 30° de temperatura; con este fin, en la bolsa de aseo que cada asilado debe tener para su uso particular, figurará un aparato sifón de ducha nasal, una pera de caucho con pico largo, de la misma materia, y un cepillo de dientes.

Débese asimismo aconsejar el uso moderado del tabaco: mejor sería la prohibición absoluta; pero conocedor de lo que este vicio domina á la humanidad, no me atrevo á proponer al que es fumador que deje de serlo, porque estoy seguro que al tratar de imponer esta abstención como medida de higiene, no sería atendido; ¡se aconseja como medio terapéutico, y se logra tan pocas veces!

Mascar tabaco y fumar en pipa sí debe prohibirse en absoluto. El tabaco siempre, y en esta forma usado mucho más, aparte de los trastornos gástricos y respiratorios que origina, aminora el olfato, ensucia y destruye la dentadura y produce inflamaciones faringolaríngeas, que, propagándose á la trompa de Eustaquio, debilitan la función auditiva.

Los olores fuertes, los alimentos, condimentos y bebidas excitantes, los ruidos inútiles ó demasiado intensos (campanadas, disparos de arma de fuego) producidos cerca del individuo, serán siempre

evitados, porque embotan la sensibilidad de los respectivos sentidos, cuya conservación íntegra tanta importancia tiene para el ciego.

La higiene del sentido del tacto comprende, aparte del constante y minucioso aseo tan necesario al ciego como al que no lo es, la privación de ponerse en prolongado contacto con todo lo que puede endurecer ó destruir el epidermis: ciertos oficios que exigen el manejo de materias demasiado ásperas ó de sustancias químicas cáusticas ó corrosivas, estarán proscritos para los ciegos, que tienen que conservar el sentido del tacto en toda su pureza.

Tampoco debe permitirse á ningún ciego la lectura en ninguno de los sistemas anaglitográficos, radiográficos, etc., sin un previo lavado de las manos en agua caliente y jabón, y perfecto enjugamiento de las mismas, no sólo para conservar la sensación táctil, sino también para evitar que las páginas donde sus compañeros han de poner los dedos queden sucias y se conviertan en vehículo de cualquier infección; con el mismo fin se observará la más escrupulosa vigilancia para que los asilados no lean en la cama, y para que ni siquiera tomen un libro en sus manos los que padezcan cualquier afección de la piel.

Estrecha relación con la higiene de los sentidos tiene la educación de los mismos; pero extraña esta materia á mi competencia, limito mi intervención en este asunto á recordárselo así á los dignos profesores encargados de la enseñanza, si bien es público y notorio que no necesitan estímulos de nadie, y menos los tan desautorizados como los míos.

No es de menor interés para el ciego colegiado metodizar su ejercicio muscular: paseos al aire libre cuando el tiempo lo permita, y en días lluviosos en galerías amplias, ventiladas y bien soleadas, paseos que pueden darse á pie ó en triciclo tandem, ocupando la plaza delantera un vidente hábil en el manejo de la máquina, completarán los ejercicios gimnásticos, científicamente dirigidos, que todo asilado debe practicar.

Los beneficios qne la gimnasia bien dirigida reporta á los niños y adolescentes no debo yo analizarlos aquí; todo el mundo los sabe: en el ciego, que aunque quiera no puede disponer de sí mismo para pasear ó trasladarse constantemente de un lado á otro, estos beneficios se acrecientan y le obligan á no caer en la molicie, la que, por las especiales circunstancias en que se encuentra, suele ser tan de su agrado.

### TRATAMIENTO MÉDICO

Las cegueras admiten las siguientes clasificaciones:

Por su origen..... { Congénitas.
Adquiridas.

| | | |
|---|---|---|
| Por su causa..... | Traumáticas. | |
| | De causa general. | |
| | De causa local.. | |
| Por la región donde radican..... | Externas. | |
| | Internas. | |
| Por su intensidad..... | Absolutas. | |
| | Relativas. | |
| Por su pronóstico .... | Remediables..... | Completamente. |
| | | Incompletamente. |
| | Irremediables. | |
| Todas ellas ..... | Evitables..... | En todos los casos. |
| | | En circunstancias limitadas. |
| | Inevitables. | |

De todas estas clasificaciones, las únicas que interesan en el presente momento son las dos últimas.

Aunque á primera vista parezca extraño, son mucho más numerosas las cegueras que se pueden evitar que las fatalmente inevitables. Las lesiones que interesan al aparato de la visión y que más frecuentemente conducen á la ceguera, son innumerables veces susceptibles de curación; puede evitarse, pues, en múltiples ocasiones, que los enfermos que las padecen queden privados del tan importante y necesario sentido de la vista; pero para ello es preciso que soliciten el auxilio de los potentes recursos con que cuenta la ciencia médica.

Si todos los individuos que son víctimas de la ceguera se hubieran sometido desde los comienzos de la enfermedad que la produjo á los cuidados facultativos que les habrían podido prestar los hombres dedicados al estudio y ejercicio de la Medicina, y muy especialmente al de su rama especial, la Oftalmología, sería seguramente mucho más reducido el número de desgraciados seres que se encuentran privados de su función visual.

No he examinado los ciegos que en este colegio reciben educación, asilo y amparo, ni en realidad lo necesito para demostrar la exactitud de mis afirmaciones; no tengo tampoco por qué acudir á estadísticas ajenas para saber que existen muchos ciegos que no lo debían ser; me basta y sobra con lo que todos los días estoy viendo en mis clínicas, particular y libre de Oftalmología, observación diaria que ya en otra ocasión me sirvió de motivo para una conferencia en la Escuela práctica de Especialidades médicas, en cuyo cuadro de profesores tuve el honor de figurar, sobre el asunto *Ciegos que no debieran serlo*, y en la que intenté llamar la atención del mundo médico y profano sobre los tratamientos profilácticos y terapéuticos á que deben someterse todos los que padecen enfermedades de los ojos, para que no se dé el triste caso de que lleguen á encontrarse sumidos en irremediable ceguera individuos que, con-

# LA MEDICACIÓN IÓNICA

POR EL DR E. VILCHES
Profesor de Neurología del Instituto Rubio.

El gran interés que despierta en la actualidad el estudio de los fenómenos electrolíticos aplicados al tratamiento de múltiples enfermedades, y las ingeniosas teorías y descubrimientos modernos que han llegado á explicar satisfactoriamente muchos hechos ya empíricamente demostrados, ampliando poderosamente la esfera de acción del tratamiento eléctrico con resultados verdaderamente pasmosos y no sospechados siquiera por los clínicos, me mueven en el día de hoy á dar una idea, no más que compendiada y breve, del estado de la cuestión, especialmente de la llamada *medicación iónica* bajo su aspecto práctico, y con referencia también á nuestros propios estudios y observaciones, ya que lo fundamental y científico del asunto no dejará de ser conocido por todos mis ilustrados colegas.

No puedo, sin embargo, dejar de exponer, aunque lo haga muy someramente, las bases en que se funda hoy la moderna práctica electrolítica llamada electroionización, á fin de que sean comprendidas con mayor claridad su importancia y la legitimidad de sus aplicaciones terapéuticas, pues gracias á aquéllas, puede decirse que alcanza ya la categoría de método científico y racional, abandonando al fin el terreno incierto y deleznable en que por tanto tiempo permaneció casi infecunda.

Todos saben los interesantísimos estudios sobre la presión osmótica realizados por M. Van t'Hoff y otros sabios, los cuales han llegado á demostrar la perfecta analogía que existe entre las substancias disueltas y los gases. Las moléculas de los cuerpos disueltos son movibles las unas en relación con las otras, como las moléculas de los cuerpos gaseosos, y, lo mismo que éstas, tienen una tendencia á separarse y ocupar todo el espacio que les ofrece el volumen del disolvente, el cual representa exactamente el tubo que encierra un gas. A su vez, lo mismo que los gases, las moléculas de los cuerpos disueltos ejercen sobre los límites de los recipientes en que están contenidos una presión que es la llamada *presión osmótica*. Esta presión osmótica sigue exactamente las mismas leyes que la presión de los gases, y tiene, por consiguiente, las mismas constantes. En una palabra, todas las nociones adquiridas por el estudio de la presión de los gases son aplicables á las presiones osmóticas de las substancias disueltas, advirtiendo que estas substancias han podido ser previamente sólidas, líquidas ó gaseosas.

Ahora bien, la presión osmótica de una substancia disuelta es

proporcional á su concentración molecular, exactamente igual que en los gases.

Pero ¿cómo saber la concentración molecular de una solución, para poder deducir de ella su presión osmótica? Para no extendernos demasiado en este punto, y dando por conocidas las experiencias de Avogadro sobre el peso molecular de los gases para deducir el peso molecular de todos los cuerpos, sólo recordaremos que, designándose con el nombre de molécula-gramo, ó simplemente con el de una molécula, el peso molecular en gramos de un cuerpo cualquiera, la concentración molecular de una solución es el número de moléculas por litro que contiene la misma.

Este conocimiento, ó sea el número de moléculas que contiene una solución, se obtiene por medio de la *Crioscopia*, que no es otra cosa sino la medida del descenso de la temperatura de congelación de las soluciones.

Sabido es que el agua se congela á 0°; pero si en ella se disuelve una substancia, como por ejemplo, azúcar ó alcohol, cuyas soluciones no son conductoras de la electricidad, la temperatura de congelación baja proporcionalmente á la concentración molecular. Este descenso del punto de congelación es de 1°,85 para una solución normal (1).

La crioscopia nos permite, pues, contar el número de moléculas contenidas en un litro de una solución cualquiera, pues este número será igual á las veces que la cifra representante de la baja del punto de congelación contenga 1°,85, que es el descenso correspondiente á una solución normal, y representando por Δ la temperatura de congelación de la solución, tendremos

$$N = \frac{\Delta}{1^{\circ},85}.$$

Sabemos ya por este precioso método de la crioscopia la concentración molecular de la substancia disuelta, y como, según hemos dicho antes, la presión osmótica de los cuerpos disueltos es igual á la de los gases, y éstos á 0°, y una concentración de una molécula por litro presentan una presión de 22 atmósferas 35 centésimas, no tenemos más que multiplicar este número por el de moléculas contenidas en la solución, y el producto nos dará la presión osmótica buscada.

Pero llega á más la utilidad de la crioscopia, pues ella nos permite también obtener el peso molecular de la substancia disuelta, con sólo dividir el peso total de dicha substancia por el número de

(1) Llámase solución normal la que tiene una concentración de una molécula-gramo por litro.

moléculas. Este método ha servido al Dr. Bouchard para averiguar el peso medio de las moléculas eliminadas por la orina.

Pasemos ahora al estudio de estos mismos fenómenos en los electrolitos, ó sea en las soluciones que son conductoras de la corriente eléctrica. En estas soluciones se ha observado que la presión osmótica es mayor, y el punto de congelación más bajo de lo que corresponde á su concentración molecular; se conducen, pues, como si tuvieran una concentración molecular superior á la que corresponde al peso de la substancia disuelta, es decir, como si tuvieran en su seno mayor número de moléculas de las que en realidad contienen. Este curioso hecho fué explicado por Arrhenius, admitiendo que las moléculas de las substancias disueltas, á semejanza de ciertos gases, se disocian en dos ó más partículas, y que cada una de estas partes fragmentarias contribuye, como una molécula entera, á producir la presión osmótica y á bajar el punto de congelación. Cuando, por efecto de esta disociación, el conjunto de moléculas activas es tres ó cuatro veces mayor que el número de moléculas en peso, bastará multiplicar por 3 ó por 4 la cifra deducida de la concentración molecular en peso para obtener la presión osmótica y el punto de congelación reales de dichas soluciones. Este coeficiente, mayor siempre que la unidad, por el cual hay que multiplicar la concentración molecular en peso de los electrolitos, se llama *coeficiente de disociación*.

Una vez sentados estos principios como base indispensable para el más perfecto conocimiento de la teoría de los iones, de buen grado me extendería algo más en el estudio de la presión osmótica, que está siendo hoy objeto de la atención de los sabios en sus aplicaciones á múltiples é intrincados problemas de biología, entre ellos nada menos que al muy trascendental de lo que se ha llamado por algunos *síntesis de la vida*; pero, aparte de que no me hallo en condiciones de dar á este asunto el desarrollo debido á su mucha importancia, me apartaría del objeto principal que hoy me propongo, que es sólo hablar de la influencia que ha tenido en la terapéutica eléctrica la moderna teoría de los iones.

No obstante, como quiera que el más exacto conocimiento que hoy tenemos respecto de las leyes que rigen la presión osmótica y de la importancia de ésta en el desarrollo y evolución de los seres vivos, que, como dice Leduc, es la fuerza que anima la materia, y allí donde ella falta la vida se extingue, ha venido á dar explicación de muchos fenómenos vitales y á deducir preceptos y aplicaciones útiles á la medicina, no resisto la tentación de decir dos palabras respecto á algunos de ellos, siquiera sean los más sencillos y corrientes.

La presión osmótica es la fuerza que determina los movimientos

y los cambios entre las soluciones en contacto inmediato ó separadas por membranas más ó menos permeables. Las substancias disueltas marchan desde las regiones más concentradas á las menos concentradas, y el agua se mueve en sentido contrario. Este movimiento constituye el fenómeno de la *difusión,* y la presión osmótica es la fuerza motriz que la produce, animando así la materia, y según las curiosas experiencias de Leduc, dicha fuerza es también la causa de los movimientos de orientación y otros cambios que se observan en los seres vivos, que se han llamado *tropismos* ó *tactismos*, y que el citado autor denomina osmotropismos y osmotactismos.

Ya M. Oscar Hertwig, en su *Fisiología celular*, dijo á propósito de la quimiotaxis: «El fenómeno depende, no sólo de la naturaleza química de la substancia, sino también de su concentración, siendo positivo ó negativo, según que la concentración es fuerte ó débil.»

Todas las células del organismo son extremadamente sensibles á las diferencias de presión osmótica. En las soluciones concentradas de cloruro de sodio, los glóbulos de la sangre pierden su agua, se contraen y se depositan; en cambio en las soluciones muy diluídas, ó en el agua sola, penetrando ésta en su interior, los hincha, los hace estallar y los destruye, disolviendo la hemoglobina. (Hamburger.)

Las células epiteliales y nerviosas no son menos sensibles á las diferencias de presión osmótica. Leduc ha observado cierto número de casos de rinitis y de anosmia de las más molestas, á consecuencia de la introducción en las fosas nasales de soluciones salinas muy concentradas. El agua pura perjudica también á los elementos celulares, ejerciendo una acción cáustica. En el Tirol existe una fuente, llamada por el vulgo fuente envenenada, cuya agua, la más químicamente pura que se conoce, hincha las células epiteliales del tubo digestivo, destruyéndolas y produciendo los efectos nocivos que le han dado su nombre. Por eso el agua de la alimentación ha de estar suficientemente mineralizada para que pierda su osmonocividad. En las intervenciones quirúrgicas débese, pues, siempre tener en cuenta la presión osmótica de los líquidos que se han de poner en contacto con las superficies vivas, á fin de no perjudicar la vitalidad de sus células, siendo sobre todo importante esta recomendación cuando hay que poner en contacto algunos líquidos con las células delicadas de extensas superficies serosas. Por último: las aplicaciones húmedas para hacer caer las costras de ciertas dermatosis, como el eczema, el impetigo, etc., serán tanto más útiles cuanto más débil sea la presión osmótica del líquido empleado, y, por consiguiente, el agua destilada hervida, aplicada en compresas de algodón hidrófilo, alcanzará la mayor eficacia á estos fines. Las células morbosas se imbiben rápidamente, estallan y se disuelven. Estas y otras muchas enseñanzas se desprenden de los

estudios modernos acerca de la presión osmótica; pero volvamos ya á nuestro principal punto de vista.

Decíamos antes que todas las soluciones electrolíticas presentan una presión osmótica y un descenso del punto de congelación mucho mayores de lo que corresponde á su concentración molecular en peso, conduciéndose, por lo tanto, como si tuviesen un número de moléculas mucho más grande del que en realidad tienen. Decíamos también que Swante Arrhenius ha explicado esta anomalía, admitiendo que una parte de las moléculas, en virtud de la disolución, se disocian en varios fragmentos, contribuyendo cada uno de éstos, como si fuera una molécula entera, á producir la presión osmótica y á bajar el punto de congelación. Pues bien: á estos fragmentos resultantes de la disociación de la molécula es á los que se ha dado el nombre de iones.

Estos iones se electrizan positiva ó negativamente, según su naturaleza; es decir, son portadores de cargas eléctricas, á lo cual es debida la conductibilidad electrolítica. Los iones que llevan cargas negativas son atraídos por la electricidad positiva del anodo, y reciben el nombre de aniones; y los portadores de cargas positivas son atraídos por el catodó, y se llaman cationes.

Los iones, químicamente considerados plurivalentes, llevan cargas eléctricas proporcionadas á su valencia, ó bien, como hoy se admite, estas cargas son las que determinan la valencia. Así, pues, el ion ácido sulfúrico $SO^4 =$ es bivalente en las soluciones de sulfato de potasio $SO^4 = K + K$; el ion hierro es trivalente en las de percloruro de hierro $Fe \equiv Cl - Cl - Cl -$, etc.

En toda solución electrolítica existen, por consecuencia de la disociación, tres especies de partículas: moléculas neutras, aniones y cationes. Si representamos por N el número de moléculas disueltas, y por N′ el número de moléculas disociadas, la relación $\frac{N'}{N} = g$ representa el grado de disociación. Cuando todas las moléculas están disociadas $N' = N$, el grado de disociación es igual á la unidad $G = 1$.

Es necesario no confundir el grado de disociación con el coeficiente de disociación, que, como ya vimos antes, es siempre mayor que la unidad.

La acción de la corriente eléctrica sobre los electrolitos, ó sea sobre soluciones de sales, ácidos ó bases, conductoras de la electricidad, ha demostrado la constitución de estos cuerpos que todos son hoy considerados como sales. Estas, como sabemos, están formadas por la unión de un metal ó de un radical metálico con un radical ácido; el sulfato potásico, por ejemplo. Los ácidos son considerados como sales, en las que el metal es el hidrógeno; el ácido sulfúrico, pues, será un sulfato de hidrógeno; y las bases, por último, son

igualmente sales en las que el radical ácido está representado por el grupo oxhidrilo, como por ejemplo, la potasa K OH.

Cuando se hace pasar una corriente eléctrica por un electrolito, los radicales ácidos y el oxhidrilo, por lo tanto, se desprenden siempre alrededor del anodo, es decir, caminan en el interior del electrolito del catodo hacia el anodo; remontan la corriente. Los metales, así como el hidrógeno y radicales metálicos, se desprenden en el catodo; marchan, pues, desde el anodo al catodo; descienden la corriente. Faraday dió el nombre de iones viajeros á estas partículas constitutivas de los electrolitos, llamando aniones á los que se dirigen al anodo y cationes á los que van al catodo. Como dice Leduc, este movimiento de los iones en sentido opuesto es lo que constituye la corriente eléctrica misma.

Cuanto más diluída está la solución, tanto más aumenta el número de iones en relación con el número de moléculas intactas; y llegando á cierto grado de dilución todas las moléculas se disocian, en cuyo caso, como decíamos anteriormente, el grado de disociación es igual á la unidad.

La velocidad con que los iones se trasladan en el interior de un electrolito, depende, ante todo, de la diferencia de potencial, y aumenta con la temperatura del medio.

Por esta teoría de los iones, á cuya luz se han explicado tantos hechos y previsto tantos fenómenos, se ha llegado asimismo á demostrar que las acciones químicas, y por consiguiente las acciones tóxicas, antisépticas y medicamentosas de las substancias electrolíticas, son casi por completo acciones iónicas.

Respecto á las acciones químicas, se observa, por ejemplo, que una solución de nitrato de plata es precipitada por el cloro formando cloruro de plata insoluble; mas esto sólo se verifica con soluciones en que el cloro se encuentra en estado de ion $Cl^{-}$, como en las de cloruro de sodio ó de potasio; pero en aquellas en que el cloro forma parte de iones complejos, como en el clorato de potasa ó en el ácido cloracético, no se produce en manera alguna el precipitado.

Las propiedades tóxicas y farmacológicas de las substancias son también principal y esencialmente acciones iónicas. No es el átomo ni la molécula, como dice Leduc, sino el ion lo que interesa conocer al médico; y tan es así, que considérese, por ejemplo, la enorme diferencia que existe entre la acción de los fosfuros y la de los fosfatos sobre el organismo; los primeros extremadamente tóxicos, los segundos careciendo de toxicidad. Tanto los unos como los otros producen en los seres vivos idénticos efectos, sea cualquiera el catión de que se hallen formados, lo que demuestra que su actividad es exclusivamente debida al ion fósforo; mas como éste se encuentra en forma de ion complejo en la molécula de fosfato, su acción es

absolutamente diferente de la del mismo anión libre de los fosfuros.

Estos mismos hechos pueden observarse con todos los iones. En la terapéutica moderna hace algún tiempo que vienen introduciéndose multitud de preparaciones que, bajo una apariencia de mayor actitud medicamentosa y menor toxicidad, se han preconizado con gran entusiasmo y han llegado á alcanzar enorme boga. Sin embargo, no todos los prácticos se dejaron seducir por las flamantes teorías y encomiásticas alabanzas de tales preparados; y la incredulidad, instintiva pudiéramos decir, de algunos, se halla hoy científicamente justificada por la positiva acción de los iones sobre el organismo, evidentemente demostrada. Tomemos como ejemplo de lo que digo los famosos cacodilatos y metilarsinatos tan usados aún. Estos compuestos no tienen analogía ninguna en sus acciones con los arseniatos y arsenitos, y lo que ganan respecto á su escaso poder tóxico es á expensas de su efectiva acción medicamentosa. El arsénico en ellos se halla en forma de ion complejo, y no conserva, por consiguiente, ninguna de sus propiedades características. Otro tanto podríamos decir de compuestos de hierro y de fósforo, que con el sugestivo apellido de orgánicos han querido sustituir á las antiguas medicaciones.

Lo mismo se observa con las soluciones de ciertos cuerpos muy tóxicos cuando aquéllas se hacen con disolventes como el alcohol, la glicerina, el cloroformo, los cuales no disocian los electrolitos y sus soluciones no conducen la electricidad. La ausencia en ellas de la acción iónica explica la disminución de sus propiedades medicamentosas, cáusticas, etc. Todos sabéis que el fenol en la glicerina pura apenas es cáustico y muy poco tóxico, y esto á grandes concentraciones, mientras una solución en el agua al 5 por 100 de fenol puede dar ocasión á accidentes graves.

Demostrado que las acciones químicas, tóxicas y medicamentosas son acciones iónicas, éstas deben ser proporcionales al número de iones en un volumen determinado. Estas acciones dependen, en efecto, del grado de disociación, el cual es, por consiguiente, para los electrolitos el coeficiente de actividad química y de actividad medicinal.

Krönig y Paul han demostrado que la acción bactericida de las sales varía con el grado de disociación y depende, por lo tanto, de la concentración iónica. Estos autores, estudiando la acción del cloruro, bromuro y cianuro mercúricos sobre los esporos del *bacillus anthracis*, encontraron siete colonias después de actuar con una solución de una molécula de bicloruro en 64 litros de agua durante veinte minutos. La acción del bibromuro en idénticas condiciones demostró la existencia de 34 colonias; y, por último, con el bicianu-

ro en solución cuatro veces menos concentrada (una molécula en 16 litros de agua), el número de colonias era incontable. En todas estas soluciones, la proporción de mercurio es la misma, y como éste es en realidad el ion activo, queda demostrado que lo que varía paralelamente con su actividad es el grado de disociación. En efecto: el ion mercurio está muy concentrado en las soluciones de $Hg\ Cl^2$, menos en las de $Hg\ Br^2$ y muy poco en las de $Hg\ Cy^2$.

Lo propio ocurre con las sales mercuriales en cuanto á su acción terapéutica, y no hay que decir los errores que se cometen al apreciar la actividad medicamentosa de una solución mercurial por su concentración molecular, sin tener para nada en cuenta el grado de disociación, que, como hemos visto, es el verdadero coeficiente de actividad. De la ignorancia de estos hechos depende, sin duda, el desacuerdo que hay entre los prácticos respecto á las diferencias de actividad de las diversas preparaciones mercuriales, principalmente en el tratamiento de la sífilis.

Hay que desechar, pues, si queremos obtener efectos prontos y seguros, todas las soluciones de las sales de radical orgánico que no son disociables, así como todas aquellas en las que el mercurio forme parte de iones complejos, pues en ellas carece de toda su actividad.

Estas ligeras consideraciones, en las que sólo hemos expuesto los ejemplos más sencillos, son muy suficientes á demostrar la utilidad é importancia que la teoría de los iones entraña para la medicación electrolítica, así como para la farmacología, la terapéutica y la medicina en general.

La medicación iónica electrolítica consiste, pues, en la introducción en el organismo á través de los tegumentos externos, y por virtud de la corriente eléctrica, de diferentes sustancias medicinales bajo la forma de iones.

No he de detenerme en la descripción del material eléctrico necesario, porque esto es de todos conocido, y por otra parte exigiría demasiado tiempo.

Los tejidos vivos, impregnados de soluciones salinas, son verdaderos electrolitos, siendo á ellos aplicables todas las nociones adquiridas por la teoría moderna de la electrolisis, y, por consiguiente, la conductibilidad eléctrica del cuerpo humano es la conductibilidad electrolítica.

Para practicar la ionización nos servimos de los llamados electrodos-electrolitos, que están constituídos por soluciones de sales, ácidos ó bases; y considerando al cuerpo humano como un electrolito de cloruro de sodio, que es la solución que predomina en nuestros tejidos, tendremos, al verificarse el paso de la corriente, un cambio de iones entre el cuerpo y los electrodos; en el anodo el

cuerpo cede sus aniones y recibe los cationes del electrodo; en el catodo, por el contrario, el cuerpo cede sus cationes, recibiendo los aniones del electrodo. De manera que, en virtud de la corriente eléctrica, podemos introducir en el organismo los cationes bajo el anodo, los aniones bajo el catodo.

Según hemos dicho al hablar de la constitución de las sales, los ácidos ó radicales ácidos son aniones por su carácter electro-negativo, y los metales ó radicales metálicos son cationes. Ahora bien: para hacer más comprensivo este cambio de iones, representamos en este esquema el cuerpo humano constituído por la solución de cloruro de sodio, y los electrodos por una solución de ioduro potásico.

| | Anodo. | Cuerpo. | Catodo. | |
|---|---|---|---|---|
| | + + | + + + + | + + | |
| + | K K | NA NA NA NA | K K | — |
| | — — | — — — — | — — | |
| | I I | Cl Cl Cl Cl | I I | |

Antes del paso de la corriente.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | + | + + + + | + | |
| + | K | K NA NA NA | NA K K | — |
| | — | — — — — | — | |
| I I | Cl | Cl Cl Cl I | I | |

Después del paso de la corriente.

Y vemos, en efecto, que por el paso de la corriente todos los cationes avanzarán hacia el catodo, los aniones hacia el anodo, y que, por consiguiente, el ion K penetra en el cuerpo bajo el anodo, y el ion I bajo el catodo.

Cuando se trata de soluciones de ácidos, como éstos tienen todos el mismo ion positivo, ó sea el hidrógeno, éste será siempre el introducido bajo el anodo, formando con los radicales ácidos del organismo el ácido correspondiente. Sea cualquiera el ácido empleado, los efectos sobre la piel serán exactamente los mismos, con tal que estas soluciones estén los suficientemente diluídas para no producir acción cáustica directa.

Las soluciones de las bases tienen todas igualmente el mismo ion negativo que es el grupo oxhidrilo OH, y, por consiguiente, todas introducirán este ion bajo el catodo. El oxhidrilo, en contacto con los metales del organismo, da lugar á la constitución de las bases correspondientes, y los efectos de éstas son los que se manifiestan en el electrodo negativo.

La absorción medicamentosa electrolítica está ya fuera de toda duda. Mucho se ha discutido acerca de ella; pero las experiencias y

demostraciones llevadas á cabo por varios autores, y muy especialmente por Leduc, han dejado completamente resuelta esta cuestión, y comprobado hasta la evidencia que dicha absorción es todavía más considerable y rápida de lo que en un principio pudo creerse; siendo capaz, no sólo de determinar los efectos fisiológicos correspondientes á la substancia empleada, sino también de producir rápidamente la muerte por medio de productos tóxicos, y claro está que pudiendo llegar hasta ese extremo, con mucha más razón dará lugar á las acciones terapéuticas.

Aparte de dichos efectos fisiológicos, perfectamente manifiestos, y de la presencia en la orina de los iones absorbidos, las siguientes experiencias de Leduc son por todo extremo concluyentes. Aplicando sobre la cara interna de la oreja de un conejo un electrodo convenientemente dispuesto, impregnado de sulfato de estricnina y en comunicación con el anodo, y haciendo pasar la corriente con la suficiente intensidad, el animal es atacado bien pronto de accidentes tetánicos característicos que van en aumento hasta terminar por la muerte en muy poco tiempo. Esta misma solución de sulfato de estricnina, empleada como catodo, no produce efecto alguno sobre el animal.

Por el contrario, si nos servimos ahora de una solución de cianuro potásico, colocada en este caso bajo el catodo, se producirán rápidamente convulsiones tónicas y la muerte, mientras que si la empleamos como anodo no se observará absolutamente nada en el sujeto en experiencia.

Hay otro medio también muy demostrativo de esta absorción de los iones por la influencia de la acción eléctrica, y que consiste en el empleo de iones coloreados. Tomemos, por ejemplo, como electrodo una solución de permanganato potásico, colocándola sobre ambos brazos. Sobre el punto de entrada de la corriente, es decir, allí donde la solución hace de anodo, nada se observará; mas no así en el otro brazo: bajo el catodo quedará la piel cubierta de un fino punteado oscuro, que será imposible hacer desaparecer por medio de lavados, demostrando así hallarse profundamente situado en el espesor de la piel, y el cual está constituído por la penetración del ion permangánico, que al ser reducido por los tejidos da lugar á la formación de un óxido de manganeso.

Si empleamos como electrodos una solución de cloruro áurico, como el ion coloreado es en este caso el catión oro, éste penetrará bajo el anodo.

Otras muchas pruebas podría aducir aquí de la penetración de los iones en el organismo, como, por ejemplo, las que nos proporcionan los iones cáusticos; pero basta por hoy con las citadas.

Y para terminar con lo que se refiere á este punto de la pene-

tración de los iones, sólo añadiré que éstos actúan no sólo en la superficie, si que también en la profundidad de los tejidos, pues sabido es que la electricidad no se propaga sino en virtud de la doble corriente de los iones, y que, por tanto, aquélla, al penetrar en los elementos anatómicos, va produciendo el doble cambio de iones á la manera que lo hemos visto, considerando al organismo formado por una solución de cloruro de sodio y al medio que le rodea por otra de ioduro potásico, y que por el paso de la corriente el elemento cambia sus cationes á la entrada de ésta, y sus aniones á la salida.

El tratamiento por la medicación iónica exige precauciones tan grandes y minuciosas como la práctica de la asepsia, por no decir mayores.

Las soluciones deben hacerse con agua todo lo más pura posible, recientemente destilada ó preservada de la menor causa de impurificación. Los electrodos, formados de substancias esponjosas, deben estar perfectamente limpios de toda traza de materias electrolíticas. Con razón dice Leduc que hay necesidad de abandonar la clásica piel de gamuza de que generalmente se recubren los electrodos, sustituyéndola por compresas de tejidos de algodón hidrófilo previamente sometidos á un lavado con agua destilada. El electrodo-electrolito constituído por estas compresas debe ser lo suficientemente espeso para preservar á los tejidos de la introducción de los iones parásitos.

Por último, el anodo metálico, siempre que haya posibilidad de ello, estará formado del mismo metal de la solución electrolítica.

Las acciones locales de los iones son las más importantes de conocer, y de su estudio se deduce que la medicación iónica está llamada á sustituir á la gran mayoría de las aplicaciones tópicas de substancias medicamentosas hoy en uso. También esta medicación nos permite el poder limitar en muchas ocasiones la acción de una substancia activa al órgano enfermo, sin necesidad de tener que impregnar todo el organismo de materiales tóxicos que tan nocivos son á veces para ciertos tejidos delicados, como son, por ejemplo, los tejidos nerviosos. El método electro-iónico ofrece á este respecto ventajas inmensas que no se obtienen por ninguna otra medicación, pues por él llegamos á introducir en las células, impermeables á muchos medicamentos, toda la serie de los iones, y alcanzar tantos efectos diferentes como iones se pueden emplear.

Interesa sobremanera saber que la difusión en los tejidos varía mucho con los distintos iones. Unos, como el ion mangánico, según hemos visto, no se difunden absolutamente nada, permaneciendo en el sitio de introducción hasta que son eliminados; mientras que, por el contrario, otros, como el estrícnico, tienen una gran acción

difusiva, llegando rápidamente hasta producir la muerte en pocos minutos.

La acción general de la terapéutica iónica no es, pues, como algunos han dicho, la misma que la de los medicamentos introducidos por el estómago ó en inyección subcutánea, pues en estos casos los iones medicinales son simplemente agregados, mientras que por la electroionización van á sustituir á los iones del organismo. Parece como que la electrolisis no introduce los iones en la circulación, sino en los plasmas celulares.

Los efectos locales sobre la piel varían, no sólo con los diferentes iones, si que también con la dosis de un mismo ion. Estos efectos pueden llegar hasta la mortificación de los tejidos, por lo cual es importantísimo conocer estas acciones y la manera de contenerlas dentro de límites prudentes.

Repetiremos aquí que, tanto de este punto como de los demás que la materia de que nos ocupamos encierra, no podemos dar sino ligerísimas nociones en el estudio que hoy hacemos de ella, pues mi único objeto es adelantar una idea general de la medicación iónica, y por otra parte, una descripción más detallada exigiría un espacio de que no dispongo.

Con los iones alcalinos y con el magnesio, es raro que se produzcan lesiones manifiestas; en cambio, los alcalino-térreos pueden ocasionar fácilmente la mortificación de los tejidos. Estos efectos son semejantes en todos ellos, pero varía la intensidad de los mismos, que en igualdad de condiciones va en aumento desde el calcio hasta el estroncio y el bario. No entraremos en la descripción de dichas lesiones iónicas, que en fin de cuenta están constituídas por una ulceración más ó menos extensa y profunda; sólo haremos constar que la patogenia de ellas puede ser interpretada ó explicada fácilmente no más que en cierto número de casos.

Todos los radicales ácidos que dan precipitado insoluble con los metales alcalino-térreos son cáusticos á determinada dosis, pero las lesiones producidas varían con cada ion. Uno de los efectos más curiosos es el producido por el ion sulfúrico, el que introducido durante cuarenta y cinco minutos con una intensidad de diez miliamperios, obra muy superficialmente, dejando la piel seca, apergaminada y brillante, la cual se va oscureciendo poco á poco y acaba por sufrir una descamación, quedando el tegumento sano y normal.

Pasemos ya á lo que pudiéramos llamar la parte más práctica de la cuestión de los iones, ó sea á la medicación iónica tal como en la actualidad se practica, y nosotros la empleamos siguiendo las instrucciones de Leduc, que es el que hasta ahora parece llevar la voz cantante en la resolución de este problema.

Numerosísimas son las acciones terapéuticas que á primera vista

parece pueden deducirse de la influencia de la ionización sobre el organismo; pero únicamente vamos á ocuparnos de aquellas que han tenido ya una sanción en el terreno clínico, y aun entre éstas, no más que de las de mayor resonancia y utilidad.

Una de las más interesantes es la influencia resolutiva de la medicación electroiónica sobre las formaciones escleróticas y cicatriciales, bajo el catodo constituído por una solución de cloruro de sodio. Esta acción esclerolítica ha sido aprovechada para el tratamiento de las anquilosis, las que ceden á veces en pocas sesiones, recobrando su movilidad las articulaciones enfermas sin ayuda de ningún otro medio y casi sin dolor.

Varios son los casos citados por Leduc en que el éxito ha sido por todo extremo notable. Por mi parte, puedo decir que he usado este procedimiento recientemente en dos casos, y en ambos con admirables resultados. En el primero se trataba de una anquilosis de los dedos, consecutiva á un flemón de la mano: la enferma había agotado todos los recursos, y últimamente llevaba tres meses de masaje muy bien practicado por una antigua enfermera de este Instituto, sin obtener beneficio alguno. A la segunda ionización, la enferma empezó á mover voluntariamente los dedos. El otro caso ha sido por artritis reumática de la articulación tibio-tarsiana, y el resultado más satisfactorio aún, si bien en este caso la lesión era menos antigua que en el otro.

Es igualmente beneficioso este tratamiento en muchos casos de escleritis y episcleritis reumatoídeas, así como en las adherencias del iris, de lo que también se citan hechos notables.

En la sínfisis pleural ha sido igualmente empleada la ionización por Leduc con buen éxito, y aunque nosotros no compartimos con el autor sus teorías respecto á la influencia de esta lesión pleural sobre el desarrollo de la escoliosis, no hemos de negar, sin embargo, la importancia que puede tener la medicación en los casos de adherencias pleurales, contra las que, por lo demás, no disponemos de medios más eficaces.

Es indudable que esta acción esclerolítica de la medicación electroiónica ha de ir utilizándose en otros muchos padecimientos hasta hoy no intervenidos, y acaso no transcurra mucho tiempo sin que nos sorprendan los experimentadores con hechos inesperados é interesantes.

Respecto á la técnica de estas aplicaciones, debo deciros que es bastante sencilla, pero que exige un gran número de precauciones y cuidados exquisitos, á fin de evitar, tanto el fracaso de la medicación, cuanto la menor molestia á los enfermos, siempre recelosos cuando se trata de procedimientos eléctricos.

Su principal secreto consiste en hallarse el operador en posesión

de un instrumental por virtud del cual pueda, en todo momento, ser dueño absoluto de la corriente eléctrica bajo todos sus aspectos, y, además, en un perfecto conocimiento de las acciones de esta corriente y de los diversos iones sobre los tejidos orgánicos.

Ya creo haber indicado que los electrodos deben estar representados por capas suficientemente espesas de tejidos hidrófilos, exentos de toda substancia electrolítica extraña, y recubiertas por grandes placas de estaño. El electrodo activo, en comunicación en estos casos con el catodo, se colocará sobre la parte enferma, á la que debe cubrir y rodear lo más exactamente posible, y el electrodo indiferente, que entonces será el anodo, puede estar formado de la misma manera, ó bien constituído por un baño de pies ó de manos, según la región en que se haya de operar.

La solución que se emplea es de cloruro de sodio al 1 ó 2 por 100, de la cual han de estar bien impregnados los electrodos, pero sin que inunden de agua al enfermo. Tanto en este caso como cuando se usa en forma de baño, debe estar caliente la solución, pues así se favorece la penetración iónica.

Una precaución importante es que los reóforos estén bien unidos á los electrodos, para lo cual Leduc aconseja la soldadura; pero disponiendo de fuertes y seguras bornas, puede obtenerse un contacto perfecto é invariable. No hay que perder de vista, sin embargo, el riesgo que pudiera correr el operado por una brusca interrupción de la corriente, sobre todo en estos casos en que se trata del empleo de grandes intensidades.

El dolor que producen estas aplicaciones es muy soportable, si se toman las precauciones debidas. No está en relación con la intensidad de la corriente, y depende sólo de la rapidez con que ésta se eleve. Al principio sienten los enfermos gran molestia con ocho ó diez miliamperios; pero una vez establecida la intensidad máxima, pueden soportar ciento y más sin ningún dolor: el límite, pues, de la intensidad en estos casos es el que marca la tolerancia.

No hay qne temer accidente alguno si las aplicaciones están bien hechas, y mucho menos con la solución de cloruro de sodio, pues es raro que con ésta se produzcan escaras, á no ser que la piel presente alguna solución de continuidad.

Respecto á la manera de obrar el ion cloro sobre los tejidos esclerósicos, nada sabemos; pero bien pudiera admitirse que al penetrar en el organismo contribuya á activar la oxidación de las materias oxidables, lo cual está en conformidad con las ideas de Loew, que supone que, así como los cuerpos alógenos son capaces de descomponer el agua en presencia de productos oxidables, llevando sobre éstos el oxígeno, según se observa *in vitro*, de la misma manera actúan *in vivo*, fijando el oxígeno sobre la materia labil del protoplasma.

Sea de ello lo que quiera, es lo cierto que esta propiedad esclerolítica no es exclusiva del ion cloro, sino que la posee igualmente el iodo y otros, entre ellos el ion OH oxhidrilo, que es el que por medio de un catodo metálico puede curar las estrecheces de los conductos uretrales, del cuello uterino, etc.; y como, por otra parte, hemos dicho que las acciones iónicas son tan diversas casi como los diversos iones, de aquí á admitir una acción específica de éstos sobre cada uno de los tejidos ó de sus alteraciones patológicas no hay mucha distancia, y es asunto que ha de aclarar la experimentación que sobre estos nuevos fenómenos se realiza en la actualidad por los sabios.

Acaso no fuera muy aventurado suponer que estas acciones iónicas puedan igualarse á las manifestadas por los llamados por Robin *fermentos metálicos*, los que, según se desprende de sus actividades, son verdaderas zimasas, y como hoy parece demostrado, cada una de éstas posee una acción específica, lo que ha llevado á Fischer á comparar sus relaciones con las materias fermentescibles á las de la llave con la cerradura. Esto vendría á explicar perfectamente, como supone Carracido, las restricciones de la oxidación intraorgánica. Un animal capaz de oxidar en veinticuatro horas centenares de gramos de azúcar, es incapaz de oxidar muy pocos gramos de los ácidos oxálico y fórmico, llegando hasta el extremo de no poder convertir un solo gramo de benceno en fenol. De aquí que sea legítimo admitir la existencia de fermentos específicos para determinadas substancias de la economía, á semejanza de lo que ocurre con la tirosinasa, que determina la oxidación de la tirosina, y no lo hace con otras materias más fácilmente oxidables.

Ahora bien, los fermentos metálicos son soluciones en que la materia disuelta se halla en forma de iones; por consiguiente, no estimamos muy desatinada la sospecha de que pueda existir una muy grande analogía entre las acciones sobre el organismo de estos fermentos y de la electroionización. Quizá la diferencia en los efectos de ambas pudiera establecerse en que los iones de los fermentos, sin la influencia eléctrica, son absorbidos y pasan directamente á la circulación, mientras los electroiones, como dijimos anteriormente, quedan en el plasma celular, sustituyendo á los iones del organismo.

Nos falta espacio y conocimientos bastantes sobre esta materia para seguir discurriendo acerca de los intrincados problemas que ofrece su estudio; así que, abandonando por hoy este oscuro asunto del mecanismo biológico y terapéutico de la acción iónica, continuaremos la enumeración de las múltiples indicaciones de este poderoso agente.

Otra de las más importantes aplicaciones de la medicación iónica es la que se refiere al tratamiento de las neuralgias rebeldes. A Le-

duc es debido también este procedimiento, con el que ha obtenido brillantes resultados, principalmente en el tic doloroso de la cara. Se sirve en estas aplicaciones del ion salicílico, y la técnica consiste en cubrir toda la superficie en que asienta el dolor, á veces toda una mitad de la cara y de la cabeza, con una compresa de algodón hidrófilo impregnada de una solución de salicilato de sosa y sobre ella una placa de estaño que representa el catodo. Se hace llegar la corriente con gran lentitud hasta alcanzar una intensidad de 30 ó 40 miliamperios, durando la aplicación de treinta á cuarenta minutos. Aquí es de gran importancia el hacer cesar la corriente de la manera más suave y gradual posible, á fin de evitar el peligro del síncope. Las sesiones no deben pasar de tres por semana, y si la neuralgia no depende de una lesión profunda, caries, etc., puede asegurarse que la curación se obtiene en breve tiempo y de manera definitiva. Se citan casos de neuralgias hasta de treinta y cinco años de existencia curadas por este medio. Nosotros hemos visto curarse varios enfermos, y entre ellos uno cuya neuralgia contaba siete años de fecha.

La eficacia de esta medicación alcanza todavía á más en las afecciones de los nervios periféricos. Inspirados en los efectos de la ionización sobre la excitabilidad de los nervios, hemos empleado este procedimiento en un caso, que se nos presentó en la consulta del Instituto, de convulsión en el territorio del nervio espinal. El enfermo sufría una convulsión clónica de los músculos esterno-cleido-mastoídeo y trapecio, más acentuada en el lado izquierdo, donde parecía algo interesado también el facial, si bien las manifestaciones de los músculos inervados por éste eran sólo en la forma tónica. El paciente, presa de una agitación incesante y violenta de su cabeza, y experimentando al mismo tiempo fuertes dolores en la nuca, llevaba dos años de padecimiento, que iba graduándose, hasta el punto de que en los últimos meses le era imposible ya conciliar el sueño, había perdido el apetito y su desesperación rayaba en límites peligrosos. En esta situación se nos presentó, diciendo que había agotado ya cuantos recursos tiene la ciencia; y como es bien sabido que en estos casos se cuenta con pocos y de escaso poder, no vacilé un momento en comenzar las aplicaciones de electroionización, valiéndome, como para las neuralgias, del ion salicílico.

A la segunda sesión me dijo el enfermo que aquella noche había podido dormir después de tres meses de no lograrlo. La mejoría ha continuado muy lenta, es cierto, pero progresiva, incesante, lo que nos ha hecho, tanto al enfermo como á mí, tener la paciencia suficiente para no abandonar el tratamiento durante más de un año que hace de su comienzo. Es verdad que de este tiempo hay que descontar los meses del verano y algunas temporadas en que el enfermo

no ha podido venir á la cura por razones particulares. Hoy se encuentra tan mejorado, que pasa gran parte del día sin la menor oscilación de la cabeza, y cuando la tiene, es muy moderada y sin dolor, transcurriendo ya ocho y quince días sin que le haga ninguna aplicación.

Tan interesante caso, que el distinguido laringólogo Dr. Tapia tuvo la bondad de ver y examinar detenidamente, comprobando la no existencia de parálisis laríngea ni lingual, confirmando por consiguiente mi juicio respecto de una lesión exclusiva del espinal, es por demás demostrativo y concluyente de la influencia bienhechora de la medicación electroiónica, pues debo advertir que el enfermo no ha usado ninguna otra desde que empecé á tratarle (1).

Nada diré de otras muchas aplicaciones de esta medicación, que se están realizando ya con resultados muy lisonjeros, porque me falta el tiempo y además carezco de la experiencia personal. Entre éstas se hallan las aplicaciones de substancias electrolíticas, desinfectantes y cáusticas que la corriente eléctrica permite introducir en los tejidos á la profundidad conveniente, y que pueden dar excelentes resultados en las metritis infecciosas, los abscesos tuberculosos, las faringitis, las cistitis dolorosas y, en general, en todas las infecciones de las mucosas accesibles. Leduc cita casos de ozena curados también por este medio; Bergonié, Edisson, Labattut, Jourdanet y otros han tratado con éxito el reumatismo crónico y la gota por la introducción de los iones salicílico y lítico. Por último, Lewis Jones, de Londres, y Leduc, han publicado estudios referentes á los efectos del ion zinc sobre el epitelioma de la cara.

No quiero terminar sin decir algo acerca de una cuestión ciertamente merecedora por su gran importancia de un más amplio desarrollo; pero temeroso de molestar por más tiempo con estos estudios especiales, me limitaré á exponer en cuatro palabras lo más esencial del asunto. Me refiero á la aplicación del tratamiento electrolítico á las afecciones cerebrales.

Dos causas han influído para que este tratamiento haya tardado tanto en pasar al terreno práctico y útil de la clínica. La primera es la creencia tan generalizada de que el cerebro, encerrado como está en una caja ósea, era inaccesible ó poco menos á las corrientes eléctricas. La falsedad de esta opinión está hoy demostrada hasta la saciedad. No hay, por el contrario, ninguno de los órganos profundos que sea más fácilmente influenciado por la corriente eléctrica que el cerebro. Los huesos del cráneo son lo suficientemente con-

---

(1) En la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS de Febrero de 1906, página 129, hicimos referencia de este caso, prometiendo dar cuenta del resultado obtenido, como hoy lo hacemos.

ductores para dejar penetrar la corriente, y esta conductibilidad es tan grande en la sustancia cerebral, que en ella se concentra por completo la electricidad desde el momento que la alcanza. La misma circunstancia de ser poco conductores los tejidos interpuestos entre el electrodo y la masa cerebral, hace que la corriente no sufra gran derivación y pase en su mayor parte á este órgano; lo contrario de lo que ocurre con los músculos de los canales vertebrales, que siendo buenos conductores, derivan gran parte de la corriente cuando queremos alcanzar con ella la medula espinal.

Leduc ha demostrado por experiencias en los animales y en el hombre mismo la facilidad con que el cerebro es impresionado por las corrientes eléctricas, habiendo llegado á suprimir por medio de ellas y de una manera transitoria gran parte de las funciones cerebrales; es decir, determinando una inhibición de estas funciones, que, por lo demás, cesa en el momento que se interrumpe el paso de la corriente. Así ha llegado á producir á voluntad ataques de epilepsia en animales perfectamente sanos. La misma facilidad, en fin, con que se presenta el vértigo galvánico, que á veces basta la oscilación de un miliamperio, está diciendo claramente la extraordinaria sensibilidad de la sustancia cerebral para las corrientes eléctricas, y nada de extraño tiene que así suceda, sabiendo que éstas son el excitante más poderoso de los nervios periféricos, y que, por consiguiente, deben ser el agente que por su naturaleza se asemeje más al fluido natural fisiológico de la célula nerviosa.

La segunda de las razones que han estorbado hasta hoy el desarrollo de la electroterapia en las afecciones cerebrales, ha sido la afirmación de muchos médicos de que la corriente eléctrica en las proximidades del cerebro era muy peligrosa. En efecto, existe el peligro del vértigo llamado galvánico y del síncope. Pero este riesgo es tan fácilmente evitable para el verdadero electroterapeuta, como lo es para el verdadero cirujano el de herir una arteria ú otro órgano esencial á la vida en las operaciones quirúrgicas. Condenar por este temor el procedimiento eléctrico equivaldría á negar al cirujano el derecho á sus intervenciones, no ya en los casos de alta cirugía, sino hasta en las operaciones más sencillas.

Leduc pretende haber dado á conocer las condiciones en las cuales se produce el vértigo; pero es preciso reconocer que ya desde los trabajos de Erb, el verdadero fundador de la electroterapia, podían deducirse estas condiciones para la producción del indicado fenómeno, lo que habíamos comprobado también nosotros mucho antes de conocer los estudios de Leduc.

El vértigo se produce siempre que el cerebro es excitado de una manera asimétrica, esto es, cuando una corriente variable actúa de

un modo distinto sobre cada una de las dos mitades del cerebro. Sólo entonces se produce el fenómeno vertiginoso, que puede llegar hasta el síncope si no se acude debidamente á remediarlo.

Para evitar este desagradable incidente, una vez conocidas las causas que pueden ocasionarle, es necesario ante todo aplicar bien simétricamente la corriente galvánica á los dos lóbulos del cerebro, lo cual se consigue dándole una dirección ántero-posterior y procurando se divida por igual su densidad de modo que los dos hemisferios sean igualmente influenciados. Además hay que evitar cuidadosamente toda variación rápida en la intensidad de la corriente, y esto se logra por medio de los aparatos de resistencia, como son los reductores de potencial, reostatos, etc.

No hay, pues, que temer á estos accidentes, que, por otra parte, cuando se presentan es muy fácil el remediarlos; pero sí debemos decir con este motivo que esta confianza sólo puede tenerse cuando una buena y larga práctica, unida á una conveniente instalación de los aparatos, llega á darnos, como decíamos antes, el dominio absoluto sobre este agente, que es lo que en resumen de cuentas hace inofensivos todos los medios que el práctico puede emplear en el tratamiento de las enfermedades, previamente conocidas las indicaciones y acción fisiológica de los mismos.

Nunca he visto producirse el síncope; el vértigo sí, muchas veces, porque este fenómeno es en ocasiones inevitable; pero con la misma facilidad que se produce, se le hace desaparecer en el momento mismo de iniciarse, sin consecuencia alguna para el paciente. Al proceder á estas aplicaciones cefálicas, es siempre conveniente sentar al sujeto en un sillón de espaldar movible, á fin de poder colocarle en posición horizontal con gran rapidez, pues de esta manera desaparecen en el acto los accidentes sincopales si llegaran alguna vez á producirse.

Mi práctica en numerosos casos me ha demostrado hasta la saciedad que es completamente infundado este exagerado temor á las aplicaciones cefálicas de la corriente galvánica, y el operador que reúna las condiciones antes dichas y no olvide la esencial precaución de establecer la corriente y hacerla cesar con una extremada lentitud, puede estar tranquilo, seguro de que no experimentará el menor contratiempo.

La técnica consiste en la colocación de un amplio electrodo en la frente y otro en la nuca ó en la parte superior de la espalda, constituídos ambos de la misma manera que hemos dicho para la ionización de otras partes del cuerpo; pero aquí es de mayor interés aún el cuidar atentamente que los reóforos ó cordones conductores no puedan desprenderse de los electrodos, para lo cual se aconseja que vayan soldados. Varios son los electrolitos que se emplean, pero

principalmente los que contienen los iones salicílico y cloro, el primero, sobre todo, en los enfermos neurasténicos y artríticos.

Los efectos que se observan con estas aplicaciones cefálicas son verdaderamente tan notables desde el primer momento, que parece extraño sean tan poco apreciados y conocidos por la generalidad del público médico; y si bien es verdad que hasta el presente han sido raros los electroterapeutas que de estas prácticas se ocupaban, no lo es menos el que los médicos, en su mayoría, han desdeñado siempre los procedimientos eléctricos, no preocupándose de su estudio y concediéndoles cuando más el valor de uno de tantos medios sugestivos.

Acaso se deba en parte este desdén al empirismo con que durante mucho tiempo se ha venido empleando la electricidad, y á la circunstancia de que su uso se limitaba, bien á aquellos padecimientos que, como el histerismo, son influenciados fácilmente por la sugestión, ó á aquellos otros que, siendo incurables, no se paraban mientes sobre los inmensos beneficios que, aun dentro de esta incurabilidad, podía reportar y en realidad reportaba á los enfermos. Los progresos modernos de las ciencias biológicas y de las físico-químicas, unidos á la constancia y cada día más extensa experimentación de los prácticos, van haciendo adquirir á esta importantísima rama de la terapéutica el rango que le corresponde, y que, á nuestro juicio, no es aún nada para lo que ha de ser en un porvenir no muy lejano.

Volviendo á los efectos de la electro-ionización aplicada sobre el cráneo, haciendo alterar la corriente con las precauciones ya dichas, se observa, después de unos treinta minutos de duración y de una intensidad de 10 á 20 miliamperios, una sensación particular de ligereza y frescura; la cabeza parece más despejada; la ideación es más fácil y clara, y un sentimiento de euforia notable se despierta en todo el organismo. Yo he experimentado sobre mí mismo esta sensación, y puedo asegurar que es en extremo agradable; la misma experiencia ha hecho Leduc y otros varios médicos, entre ellos Althano, de Londres, el que, hablando de la galvanización cerebral, lleva su entusiasmo hasta el punto de afirmar que este tratamiento hace retroceder la vejez.

Mr. Lewis Jones, en su obra de electricidad médica, cuenta el caso de una señora que trataba por la corriente continua para curar una otitis. La enferma no obtuvo mejoría alguna de su sordera, pero le produjo un efecto tal el tratamiento en sus funciones cerebrales, que indujo á su esposo á que se sometiera al mismo, con el fin de mejorar sus facultades.

De estos hechos fácil era deducir que la electrolisis cerebral podía ser de gran utilidad en el tratamiento de la neurastenia, y, con

efecto, la experiencia ha demostrado que son muchos los beneficios que los enfermos neurasténicos pueden obtener por este procedimiento, principalmente en el insomnio, y hasta alcanzar una completa curación, como de ello se citan bastantes ejemplos, y yo he podido observar algunos muy interesantes.

Termino sin hacer más que mencionar la aplicación que hoy se hace por Leduc y otros de la electrolisis cerebral en las afecciones orgánicas del encéfalo, pues aunque se refieren éxitos muy notables, y no se puede negar la posibilidad de una influencia bienhechora y estimulante sobre la nutrición de las células cerebrales por el único agente que la Medicina posee capaz de obrar directamente sobre ellas, carezco en absoluto de experiencia propia en este terreno, y sólo cuando haya recogido algunas observaciones me creeré autorizado á exponer mi juicio acerca de su utilidad é importancia.

---

## LA PUBIOTOMÍA SUBCUTÁNEA EN LAS CLÍNICAS ALEMANAS (1)

Por el Dr. E. Mañueco Villapadierna
De la Casa de Maternidad de Madrid.

Cuando yo llegué á Berlín (Febrero de 1903), esta operación no se practicaba todavía en Alemania. Cuando abandoné esta nación (Septiembre de 1906), se había ya generalizado en todas las maternidades alemanas, y se habían publicado de ella 146 casos.

La evolución que experimentó y el perfeccionamiento de la técnica pude seguirla muy de cerca, por haber asistido á las clínicas donde se practicaba; así que al ser requerido por la Junta directiva de esta Sociedad para presentar algún trabajo, no dudé que sería de algún interés exponer el desarrollo que esta operación ha experimentado y los buenos resultados que con ella se han obtenido.

En los primeros tiempos de mi estancia allí, sólo vi practicar operaciones cesáreas y oí hablar de sinfisiotomías. Bumm, á cuya clínica asistía regularmente, había practicado trece sinfisiotomías en Halle, y la intentó dos veces en Berlín; pero las dos veces pudo extraer el feto con el forceps, y esta operación no la volvió á practicar.

En la clínica de Olshaussen no se hacían tampoco sinfisiotomías. Dos veces que la practicó antes quedó poco satisfecho de ella, y no la volvió á hacer. En su lugar hacía siempre la cesárea. Así que yo en Berlín no tuve ocasión de ver ninguna sinfisiotomía.

---

(1) Comunicación presentada en la Sociedad Ginecológica Española en las sesiones del 18 y 19 de Marzo de 1907.

Al poco tiempo empezaron á publicarse los trabajos acerca del corte lateral del pubis y á despertar el interés (aunque no el entusiasmo) de los tocólogos alemanes, y esta nueva dirección de este método operatorio fué la que yo seguí curioso desde sus comienzos.

El asunto no puede negarse que tiene importancia, y que es digno de ocupar la atención de la Academia. El obtener un niño vivo sin causar graves daños á la madre y el saber con qué medio podemos conseguir mejor esto, en casos acentuados de estrechez pélvica, es asunto al cual han dedicado sus trabajos la mayor parte de los tocólogos de nuestros tiempos y de los anteriores.

Es indudable que estos trabajos no han sido estériles, pues tanto la mortalidad infantil como la materna va disminuyendo cada vez más; y como el método operatorio del que me voy á ocupar tiende también á este fin y representa un positivo progreso en la cirugía obstétrica, no extrañéis la atención que le concedo, pues ha llegado, en realidad, á ser actualmente el tema á la orden del día, no sólo aquí, sino en las Sociedades de Partos del extranjero.

Para hacer una exposición metódica del asunto, me vais á permitir consignar algunos datos históricos que pongan de manifiesto cómo este método operatorio ha evolucionado en sentido progresivo.

El deseo de ser útil á la parturiente en momentos difíciles, puede decirse que es instintivo y ha existido en todos los tiempos y en todos los pueblos. En la hermosa obra de partos de Winkel, una de las más modernas y mejores que en la actualidad existen, pueden verse dos curiosos grabados, que atestiguan lo que digo. Representa el primero una mujer salvaje que va á dar á luz, á la cual se la sujeta una cuerda por debajo de los brazos, y pasando ésta por una rama de árbol que hace de polea, dos robustos salvajes tiran de ella, suspendiendo á la parturiente, mientras otro se cuelga abrazando el vientre de la mujer, haciendo actuar todo su peso sobre el feto á fin de obligar á éste á salir del claustro materno. El otro, que supone en cierto modo un grado más avanzado en la civilización de los pueblos que le ejecutan, representa una parturiente sentada sobre un bacín, á la cual se le pasa un paño ancho sobre el vientre, cuyos dos extremos agarra otra mujer, que se coloca sentada detrás de la primera, y apoyando los pies en las espaldas de la que está de parto, comprime con toda su fuerza con el paño el vientre de la mujer, para obligar al producto de la concepción á abandonar el claustro materno. Yo ignoro si estas medidas eran practicadas en mujeres con estrecheces pélvicas ó no. Estos son datos recogidos por los viajeros, y no se habrán ocupado seguramente de medir pelvis; pero marcan, y por eso lo cito, la tendencia instintiva á librar á la madre del feto, cuando la naturaleza indica el momento en que éste debe empezar á hacer una vida independiente de la de la madre. Andan-

do el tiempo, con objeto de auxiliar á la madre, en casos en que había imposibilidad de que el feto pudiera salir por las vías naturales, apareció la operación cesárea, esto es, la incisión de las paredes abdominales y del útero, con objeto de dar salida al producto de la concepción. Como no es mi objeto ocuparme de esta operación, no hago más indicación que la de que, sobre todo en sus comienzos, y faltando entonces los medios de asepsia que hoy tenemos, daba un elevado contingente de mortalidad, y que no es extraño que los tocólogos y cirujanos se afanaran en buscar medios de dilatar la pelvis ósea, menos peligrosos, con los cuales pudieran dar á ésta una abertura suficiente para que permitiera el paso del niño á través de ella. Esta idea, iniciada ya por algunos cirujanos antes, fué llevada á la práctica y ejecutada por primera vez por Sigault en París, el año 1777. Los que sean aficionados á investigaciones acerca de literatura médica, pueden encontrar extensas descripciones de este acontecimiento, que los autores franceses relatan con un lujo de detalles algo prolijo. Parece ser que la operación la había ya descrito y propuesto Sigault en una conferencia que dió siendo estudiante, proponiendo la abertura de la pelvis por la sínfisis pubiana, haciendo que los dos ilíacos se separaran y dieran á los diámetros pelvianos mayor amplitud. «Cortad el pubis—decía Sigault á los académicos en su conferencia—y el chico saldrá»; y en efecto, dice el referente, Sigault cortó el pubis y el chico salió. La operación fué hecha en la *mujer* de un soldado en 1777, y el éxito alcanzado repercutió en todos los ámbitos del globo terráqueo. A Sigault se le llevó á la Academia, se imprimió una medalla en honor suyo, y se le colmó de honores y riquezas. Pero las glorias mundanas son falaces. Baudelocque, que había presenciado todo ese encumbramiento de Sigault con una mueca de marcado desdén, dijo que todo eso no podía ser y que la operación, practicada tal como Sigault la había propuesto, tenía que traer trastornos de gravedad para la madre, puesto que la articulación sacro-ilíaca tenía que romperse y desgarrarse sus ligamentos. La gran autoridad de Baudelocque (la primera de aquellos tiempos en cuestiones tocológicas) no pudo ahogar los entusiasmos de sus compatriotas, hasta que habiendo operado Sigault otra mujer con pelvis estrecha en unión de Le Roy, la enferma murió; y cuando se fué á la autopsia, se vió que todo lo que había predicho Baudelocque había ocurrido tal como él lo había afirmado. La operación cayó ruidosamente, y el mismo entusiasmo que habían tenido los franceses para aceptarla, manifestaron después para desecharla; y, sin embargo, Baudelocque no tenía razón, sino que lo que se hizo fué no estudiar suficientemente la indicación, puesto que se eligió una mujer para esta operación en que la pelvis era tan estrecha, que no podía suceder otra cosa que lo que sucedió. Se tardó bastante tiempo

en volver á hablar en Francia de operaciones dilatadoras en pelvis estrechas. Antiken en 1824, teniendo en cuenta los malos resultados obtenidos por Sigault en la operada que hemos descrito, propuso la pubiotomía doble con objeto que el espacio obtenido fuera mayor, sin que las articulaciones sacro-ilíacas sufrieran tanto. Sobre esta idea volvió á insistir Pitois en su tesis, publicada en Strasburgo en 1831, y tuvo el valor de llevarla á la práctica y realizarla en la mujer viva Galbiati en 1832. El resultado fué funesto, pero no por eso se desanimó, sino que en 1839, llevando más allá su idea, no sólo hizo la bipubiotomía, sino que incindió también la sínfisis, llevado siempre de la idea de ganar espacio sin que las articulaciones sacro-ilíacas sufrieran. El resultado de esta *tripubiotomía* no fué mejor que el del caso anterior; así que desistió definitivamente de nuevas operaciones de esta clase.

Stoltz propuso en Strasburgo, y realizó en el cadáver en 1836, la pubiotomía subcutánea (*Bull. de Therapie*, Bd. 11, pág 275). Este dato histórico es de importancia, porque es el que inspiró á Döderlein la pubiotomía que se practica actualmente en la mayor parte de las maternidades alemanas. Lacour refiere en su tesis publicada en 1844 (*Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prematuré*) que Stoltz había propuesto esta operación como sencilla y fácil de ejecutar. Este separaba los huesos de la pelvis, por medio de una sierra de cadena, á la derecha ó la izquierda de la sínfisis, que introducía por una pequeña abertura en el monte de Venus por medio de una aguja curva larga, y la sacaba al lado del clítoris; después serraba, y la pelvis se dilataba. En la parturiente viva esta operación de Stoltz no había sido nunca practicada hasta que la hizo Döderlein.

Como no entra en mi ánimo hacer un estudio histórico detallado de este asunto, sino consignar los datos principales, sólo añadiré que la idea del corte lateral del pubis se debe á Champion (de Bar le Duc, ciudad del departamento Meuse), según se consigna en el *Diccionario de ciencias médicas*, tomo 54, pág. 66; que en el libro de Corradi *De la obstetricia en Italia*, publicado en Bologna en 1874, y en el de Kilian y Busch, *Operative Geburtshülfe*, en 1839, se encuentran datos detallados acerca de la operación de Galbiati y de la pubiotomía sencilla, y que de todos estos datos se deduce que el corte lateral del pubis es muy anterior á Gigli, y que no puede unirse este nombre á la operación á que nos referimos en el sentido de que Gigli fuera su inventor.

Cuando después que la sinfisiotomía experimentó el rudo golpe que la proporcionó Baudelocque en Francia no pensaba en levantarse, siguió, sin embargo, esta operación encontrando un lugar de refugio en Nápoles. En esta población, en donde abundan las pelvis

estrechas, continuó tímidamente practicándose, y á los napolitanos se debe principalmente el que no pasara por completo al olvido. Los principales mantenedores de esta operación en Nápoles han sido Spinelli y Morisani. A las molestias de este último se debe principalmente su resurrección. Con motivo de un viaje que hizo Pinard á Nápoles, tuvo ocasión de apreciar los buenos resultados que obtenía Morisani con esta operación, y se decidió á darla entrada en su clínica. La campaña que ha realizado Pinard en favor de la sinfisiotomía es harto conocida, y no he de darla aquí cabida. Basta con decir que con ella quiere suprimir la perforación del niño vivo y dar una extensión á sus indicaciones, á la que no se ha atrevido ningún otro de sus defensores. En Alemania, el paladín de la sinfisiotomía ha sido Zweifeld. En 1893 presentó al Congreso ginecológico de Breslau trece casos, todos con éxito. Hasta que operó 35, no tuvo ningún descalabro; pero de los 35 á los 46 experimentó tres casos de muerte. Esto le hizo introducir en la técnica operatoria una importante modificación, cual es la de drenar el espacio de Retius. Con esta modificación dice haber obtenido buenos resultados.

La sinfisiotomía, á pesar de haber sido bautizada por los napolitanos con el hiperbólico nombre de *il dono di cielo*, tiene serios inconvenientes. Uno de los principales es la dificultad de su técnica. No es esta operación de las que se puedan hacer por todo el mundo ni que se pueda hacer en la casa de la parturiente. Otro es los peligros de la infección, á pesar de ser hecha en salas de operaciones asépticas y en clínicas, con todo el confort de desinfección necesario. Otro consiste en la facilidad de producir lesiones en las partes blandas, bien en la operación ó bien en la extracción. Otro, los trastornos de la locomoción, sobre todo cuando son casos en que ha habido complicaciones. Otro, los peligros de la hemorragia, trombosis, embolia y hematomas qne pueden supurar. Y otro, el largo tiempo que las mujeres necesitan para la convalecencia en muchos casos, pues ha habido alguno que ha tardado ochenta y un días en curarse. Todos estos inconvenientes han hecho que la sinfisiotomía no se haya generalizado y que haya quedado limitada á las clínicas y la práctica de los tres apóstoles que la han preconizado en los tres distintos países, á quienes han ayudado tímidamente algunos otros tocólogos. En Alemania han ayudado en su tarea á Zweifeld, principalmente, Bumm, Frank, Frisch, Löhlein y Küstner. Los demás la han hecho un par de veces y la han abandonado, lo mismo que estos últimos actualmente ya no la hacen. En Francia ha sido practicada, además de Pinard, por Warnier, Farabeuf, Bar, etc., y en Italia por Morisani, Spinelli, Mancusi, etc. Todos los inconvenientes que hemos citado han determinado una reacción contra esta opera-

ción, y han hecho que muchos autores, principalmente franceses, como Bar, hayan desistido de hacer esta operación y hayan preferido la cesárea; y hay que tener en cuenta que Bar tiene publicada una estadística de 22 sinfisiotomías sin haber perdido ningún caso. Igual opinión que Bar sustenta Barnes, que dice que la operación cesárea da mejor pronóstico para la madre y el niño, y con él están otros varios autores.

En este estado estaban las cosas, cuando apareció, ó mejor dicho, reapareció *la pubiotomía*, que es de la que yo me voy á ocupar.

La resurrección de esta operación se debe á un médico italiano, Gigli. Este había salido de Florencia con objeto de perfeccionar sus conocimientos en el extranjero, como van otros muchos y como he ido yo. La impresión que le produjo el ver practicar la sinfisiotomía, y los resultados que de esta operación se obtenían, fué sumamente desfavorable; así que, de regreso á su país, se dedicó á estudiar el modo de obviar los inconvenientes que él había visto en esta operación.

En el año 1893 publicó en el núm. 7 de los *Anales de Obstetricia y Ginecología italianos* un artículo titulado *Della sezione de la sinfisi con una sega de filo metalico*, en el que dió á conocer su sierra, que es la parte más original que tiene su método. Esta sierra de alambre la obtuvo tratando un hilo de acero por ácidos minerales, con lo que éste adquiría una superficie áspera capaz de serrar el hueso. Las experiencias las hizo en el cadáver, y este trabajo alcanzó poco eco. Siguió perfeccionando su método, y en el año siguiente, en 1894, publicó en los mismos *Anales*, en el núm. 10, otro nuevo trabajo titulado *Taglio lateralizato del pube, suoi vantagi, sua tecnica*, en el que modificaba la técnica anterior y proponía el corte lateral del pubis, valiéndose igualmente de su sierra de alambre. Las experiencias para este segundo trabajo las hizo igualmente en el cadáver, y tampoco á éste se le prestó gran atención.

Pasaron tres años, y entonces un atrevido cirujano de la Suiza italiana, Basilio Bonard, de Lugano, tuvo el valor de hacer la operación propuesta por Gigli por primera vez en el vivo.

Esta fué ejecutada en las peores condiciones, puesto que se hizo en una pobre casucha de la montaña, sin cloroformo, con sólo un ayudante, y con un instrumental muy incompleto, y sin embargo, se obtuvo un completo éxito. El parto fué abandonado á sí mismo después que se hubo serrado el hueso, y la mujer fué operada el 7 de Mayo de 1897.

Pasaron dos años hasta que otro cirujano repitiera esta operación. Éste fué Calderini, en Bologna, el primer caso operado en Italia, que lo hizo en 6 de Julio de 1899.

Dos años después, en 24 de Agosto de 1901, fué practicada de

nuevo esta operación, esta vez en Haarlen (Holanda), por Van de Velde, en la Diaconisenhaus.

Sólo al año siguiente, *la cuarta de las practicadas y ocho años después de propuesta*, es cuando tuvo ocasión de hacerla Gigli en el vivo. La operación la practicó el 3 de Abril de 1902, y el caso lo presentó á la Sociedad italiana de partos y al Congreso de Florencia. En el mismo año 1902 (el 23 de Julio) tuvo ocasión de practicar de nuevo Van de Velde esta operación.

*En el año 1903* fueron publicados casos operados de pubiotomía: por Pestalozza, en Florencia (3); Meyer, en Cópenhague (1); Arndt, en Posen (1); Baunn, en Breslau (2 con funesto resultado); Scarlini y Saladino, en Siena (2); Ferrari (1); Rostes (1), y Meurer, en Amsterdam, otro. Todos estos casos fueron operados de pubiotomía abierta, y la mayoría siguieron el método propuesto por Gigli. Éste hacía el corte de la piel empezando en el borde superior de la sínfisis, y se dirigía hacia abajo y hacia afuera, terminando en la parte inferior á unos dos centímetros de la línea media. En su corte incindía todas las partes blandas, hasta el hueso, y en seguida introducía su sierra por arriba, serrando el pubis y extrayendo el feto. Van de Velde modificó esta técnica. Él suponía que el corte como lo proponía Gigli no tenía ventajas, y que por su oblicuidad no permitía una separación de los fragmentos bastante grande para dar paso al feto; así que hizo éste completamente vertical y paralelo á la sínfisis, empezando encima del tubérculo púbico y terminando en el mismo sitio donde terminaba Gigli. La idea de éste al llevar el corte hacia adentro por arriba era huir de los vasos femorales y del conducto inguinal; pero como Van de Velde ha demostrado, los vasos femorales caen por fuera del campo operatorio y el conducto inguinal se puede separar hacia afuera y arriba y respetarlo. Además supuso Van de Velde, muy acertadamente, que respetando los músculos éstos habían de contribuir á aproximar los fragmentos óseos para su perfecta consolidación, y se decidió á no incindir éstos, dando con esto el primer paso para el tránsito á la pubiotomía subcutánea.

Otra modificación importante hizo Van de Velde á la técnica dada por Gigli, cual fué la de introducir la sierra por abajo, en vez de hacerlo por arriba, cosa que, además de ser más fácil, hace que se eviten mejor las lesiones de los órganos inmediatos.

En las publicaciones que de sus casos hizo Van de Velde tocó una serie de cuestiones muy interesantes, y éstas han sido realmente las que han formado el núcleo principal de las discusiones que después se han originado entre los que han practicado esta operación.

El fué el primero que propuso no comprimir la pelvis, con objeto de que los fragmentos, quedando bastante separados, permitieran

el paso del feto en el parto siguiente; y, caso de no haber abertura suficiente, entonces serrar en el lado opuesto, con lo cual se consigue, de una pelvis oblicua que había resultado de la primera operación, hacer una regular por la segunda, aumentando el diámetro oblicuo opuesto, cosa que indudablemente no puede obtenerse con la sinfisiotomía. En una de sus operadas, caso que publicó en la *Vienner Med. Wochenschrift*, pudo hacer en el parto siguiente la versión y extraer un niño vivo sin necesidad de nueva operación. Otra idea que apunta Van de Velde digna de ser tenida en cuenta es el practicar esta operación cuando la vida del niño ofrece serio peligro; él la ha practicado una vez en caso de prolapso del cordón umbilical, habiendo obtenido un niño vivo. En presentaciones de tronco, aconseja hacer el corte al lado de la pelvis, donde está la cabeza, y en las de vértice donde cae la tuberosidad parietal del niño.

Además de las publicaciones de Van de Velde aparecen, como he dicho, en este año 1903, las de Pestalozza en Florencia, en la que se refiere tres casos; la de Meyer en Kopentagen (1), la de Arndt en Posen (1), la de Scarladini y Saladino en Siena (2), la de Ferrari (1), la de Rostes (1), la de Meurer en Amsterdam (1), y, por último, la de Baunn en Breslau con 2 casos, que terminaron de un modo funesto. Estos formaron el punto negro de dicha operación, y se habló entonces bastante de ellos. Baunn, que es director de la Escuela provincial de comadronas de Breslau, y que no es ningún principiante, puesto que tiene varios casos de sinfisiotomía operados con éxito, los publicó en el *Monatschrift für Gynekologie* de 1903. La comunicación que presentó acerca de estos casos la hizo á la Sociedad de Ginecología y Partos de Breslau en la sesión del 17 de Febrero del mismo año.

Los dos eran casos, dice, á propósito para sinfisiotomía; operó como Van de Velde, ocurriendo gran hemorragia, que con pena pudo cohibir por taponamiento. Introdujo la sierra por abajo, ayudándose con un catéter de hombre, en cuyo ojo ató una hebra de seda, á la que sujetó la sierra. Serró é hizo la extracción con forceps, obteniendo los dos niños vivos. Pero ¿y la madre? En el segundo caso la uretra fué rasgada. La herida era tan grande como en la sinfisiotomía, y en sus bordes no había dos cartílagos pobres en sangre, sino dos huesos ricos en ella. «Esto es—dice—una fractura complicada que no puede mantenerse aséptica por el sitio donde está, y las consecuencias fueron las que yo temía: que los dos casos terminaron por la muerte.»

Uno de ellos murió seguramente por hemorragia, puesto que hubo que extraer por esta causa la placenta manualmente y luego taponar. El otro murió por infección. Las conclusiones que saca Baunn son algo desconsoladoras, y el relato de estos casos impresionó de

tal modo, que sin la feliz intervención de Döderlein esta operación hubiera pasado á la historia, sobre todo en Alemania, y nadie se hubiera vuelto tal vez á acordar más de ella.

La intervención de Döderlein marca una nueva época en la historia de la pubiotomía; y con esto llegamos al año de 1904, que fué cuando puede decirse que esta operación hizo su entrada en Alemania.

Döderlein se convenció que todas las objeciones que había hecho Baunn á la pubiotomía de Gigli eran muy fundadas, y que practicándola de este modo se obtendrían muchas veces los resultados que obtuvo Baunn.

Döderlein había hecho hasta 1903, entre 2.500 partos, sólo cinco sinfisiotomías, y en cambio 22 operaciones cesáreas por indicación relativa. No es que considerara mala la sinfisiotomía, sino que la operación cesárea le resultaba más fácil; pero dice que si se le pregunta el fundamento por que había obrado así le sería difícil responder. Tanto en la sinfisiotomía como en la operación cesárea ha obtenido siempre éxito; es decir, que han sido curados la madre y el niño; pero, á pesar de ello, entendía que tanto una como otra operación eran intervenciones graves, y que si aplicadas en la clínica y escogiendo los casos podían dar buenos resultados, á los que no estuvieran familiarizados con la técnica y que carecieran de los medios de que disponen las clínicas les había de ser difíciles de practicar, si no imposible. Con este fin empezó á estudiar el medio de simplificar la técnica de la pubiotomía empleada hasta entonces, y publicó en los *Archivos de Ginecología* del año 1904 un notable trabajo, apoyado en casos operados por él, por el método por él propuesto, titulado *Antiguas y modernas operaciones para dilatar la pelvis.*

La primera operación de pubiotomía que quiso realizar no pudo llevarla á cabo por falta de instrumental adecuado, empezando en pubiotomía y terminando con sinfisiotomía.

Se proveyó de mejor instrumental, mandando construir una especie de aguja de Deschamp para introducir la sierra por detrás de la sínfisis, y practicó su primera pubiotomía.

En ésta practicó el corte de Van de Velde, con sección total de las partes blandas, pero introduciendo, al contrario de éste, la aguja por arriba y separando previamente las partes blandas con el dedo hacia atrás para evitar lesionarlas. El sierre, dice, es fácil: algo sangre, pero mucha menos que en la sinfisiotomía. Forceps Tarnier y extracción fácil. A los catorce días callo; á los veintidós alta, curada. La impresión que este caso le produce es que esta operación posee todas las ventajas que le asignan Van de Velde y Pestalozza, puesto que la herida está mejor situada, la hemorragia es menor y

el aparato urinario queda al otro lado del campo operatorio, y sobre todo se evitan las peligrosas lesiones del clítoris.

*Para lo sucesivo, dice, planeo el ejecutar la pubiotomía completamente subcutánea, puesto que para la adaptación de la sierra no es necesaria la sección de las partes blandas.* El primer temor que tuvo al realizar esta idea fué el que de este modo no se obtuviera bastante separación; pero luego pensó que esto podía ser una ventaja, porque así no había cuidado que las articulaciones sacro-ilíacas sufrieran. Además, no estaba seguro que no hubiera hemorragia, pero estaba dispuesto á incindir si esto sucedía para ir á ligar los vasos donde dieran sangre, y de este modo se decidió á operar su *segundo caso,* que fué el *primero* de pubiotomía subcutánea.

Para ello hizo un corte sobre el tubérculo púbico, por el que introdujo el dedo, separando las partes blandas, y guiada por él introdujo la aguja, para cuya salida hizo una pequeña abertura con el bisturí por fuera del labio mayor y debajo del pubis, enhebró la sierra, tiró hacia arriba y serró. Los fragmentos se separaron un dedo. Forceps Tarnier y niño vivo. Drenaje y compresión con faja elástica. Como por el drenaje no salió nada, para lo sucesivo lo piensa suprimir (otro hecho fundado en la observación de este caso).

Este método de la pubiotomía subcutánea confiesa noblemente Döderlein que lo ha tomado de Stoltz, que lo propuso y lo demostró en una lección sobre el cadáver, en Strasburgo, en 1838, contrastando en esto con Gigli, que da como suyo el corte lateral, habiendo sido propuesto éste ya por Champion y por otros varios mucho tiempo antes.

*El tercer caso* era una estrechez pélvica muy acentuada (7,7), y además primípara, tanto que dudó si hacer la operación cesárea; se decidió al fin por la pubiotomía, y extrajo un feto muerto después de un forceps muy trabajoso. Desde aquel caso no ha vuelto á aplicar el forceps en estos cosos. Ha hecho versión ó ha adoptado el método de Zweifeld, de dejar al parto espontáneo después de serrar.

*En el cuarto caso* suprime la faja elástica, para que los fragmentos queden más separados y obtener una mayor abertura para los partos sucesivos.

Estas son las enseñanzas que deduce Döderlein de sus primeros cuatro casos. Antes de ser operados había hecho varias experiencias en el cadáver, pues su preocupación era de si dejando las partes blandas habría espacio suficiente para dar salida al feto, viendo que con una fuerza ligera se obtenía en los cadáveres una separación de los fragmentos de 5 centímetros, y entonces es cuando se decidió á llevar la pubiotomía subcutánea á la clínica.

En otro trabajo posterior, publicado en el número 42 de la *Cen-*

*tralblat für Gynekologie*, da cuenta de otros cuatro casos operados por él, siguiendo el mismo método, y enumera algunos accidentes, y propone mejoramientos en la técnica.

En el *primero* sobrevino una gran rasgadura en una multípara, según él, por haber abierto los ayudantes demasiado las piernas de la mujer y ser un niño bastante grande (4.320 gramos); por eso propone para lo sucesivo, no sólo no abrir demasiado las piernas de la parturiente, sino colocar una faja de goma elástica en la pelvis, que impida que esto pueda tener lugar.

En el *segundo* obtuvo un niño vivo por versión, con una vera de 7,4 después de operar de pubiotomía á la enferma, que llevaba ya seis partos sin haber podido obtener ningún niño con vida.

En el *tercer caso*, á pesar de su propósito de no aplicar más el forceps en estos casos, quebrantó éste, por estar ya la cabeza encajada y ser imposible la versión.

En el *cuarto caso* propuso una interesante modificación. En éste no era seguro que la pubiotomía fuera necesaria, pues la estrechez no era muy acentuada (8,6). Para no serrar inútilmente, y para no dejar tal vez morir al niño, en la duda, procedió así. Introdujo la sierra y dió los extremos á un asistente, con orden de serrar cuando él lo mandara. Hizo la versión, y cuando vió que el niño no podía salir mandó serrar, y en dos minutos estuvo el pubis seccionado y el niño salió vivo. Este es un método que ofrece bastante interés, y véase cómo Döderlein ha ido perfeccionándolo, á medida que lo ha ido practicando, sacando de cada uno de los casos una enseñanza muy provechosa.

Esta simplificación de la operación y este perfeccionamiento de la técnica llamaron, como no podía menos, la atención en las maternidades alemanas, y en las principales se dispusieron á ensayar el método subcutáneo de Döderlein.

En todas ellas, en cuanto operaron el primer caso, lo encontraron tan sencillo y tan falto de peligros, que no dudaron en elegirle como procedimiento salvador en muchos casos; y no pararon aquí, sino que trabajaron en mejorar todavía más la ya muy mejorada técnica de Döderlein.

Este último mejoramiento, que ha llevado á la pubiotomía al estado en que se encuentra en la actualidad, corresponde á la clínica de Leopold, y fué puesto en práctica por primera vez en 18 de Octubre de 1904. En esta clínica se pensó principalmente por Kannegiesser que las incisiones que hacía Döderlein, arriba para meter el dedo y abajo para dar paso á la aguja, podían ser muy bien suprimidas, si en lugar de operar con una aguja roma se hacía uso de una que pinchara. A este efecto propuso á Leopold esa modificación, y desde esa época empezaron á hacerse las pubiotomías en Dresden

completamente subcutáneas. Como la cosa era tan natural, este pensamiento no sólo le ocurrió á Kannegiesser, sino que igualmente la practicaron, sin tener noticia de él, Walcher, en Stuttgart, y Bumm, en Berlín.

Como es costumbre en ciencia referir los hechos á la época en que se publican, y Kannegiesser dió á conocer éste en la Sociedad Ginecológica de Dresden y en la *Centralblat* núms. 30 y 35, y Walcher lo publicó en el núm. 36, no habiéndolo hecho Bumm hasta bastante tiempo después (aunque yo se lo vi ejecutar por la misma época á que se refiere Kannegiesser), por eso doy la prioridad á Kannegiesser sobre los otros dos, aunque la cosa no tenga gran importancia.

Con este perfeccionamiento en la técnica se quedó la pubiotomía, por decirlo así, estacionada, y de esta manera es como se practica actualmente en las principales clínicas alemanas.

*En el año 1904* los casos de Döderlein fueron los que principalmente ocuparon la atención de los tocólogos; y aunque se publicaron algunos, entre otros, uno de Berry Hart, en Edimburgo, de pubiotomía abierta que murió por el cloroformo, en la mayoría de las clínicas, aunque empezaron á practicar esta operación, no publicaron los casos hasta el año de *1905*. En este año es cuando empieza ya la fiebre de la pubiotomía. Bürger refiere *cuatro* casos operados en la clínica de Schanta, en Viena. Küttner refiere *dos*, los primeros opedos en Rusia. Sellheim, en Friburgo, refiere *tres* operados en la clínica de Krönig, en uno de los cuales hubo un hematoma que les dió serias inquietudes. Walcher, en Stuttgart, refiere *dos* casos. Seeligmann, en Hamburgo, refiere *un* caso, y propone una sonda acanalada para introducir la sierra y proteger las partes blandas. Hohlweg refiere *cuatro* casos de la clínica de Werth en Kiel, el último con funesto resultado. Reiferscheid refiere otros *cuatro* de la clínica de Fritsch en Bonn. Pfeilsticher refiere *otro* operado por Walcher en Stuttgart. Hoffmeier, *otro* operado por él en su clínica de Würzburg. Zweifeld refiere *otro* de su clínica, en el que empezó por pubiotomía y acabó por sinfisiotomía, por haber sobrevenido una hemorragia. Freund refiere *un* caso operado por él en Halle. Reeb refiere *cuatro* casos de la clínica de Fehling en Strasburgo (en uno hirió la vejiga). Bar refiere *otro* operado por él, que presentó en la Sociedad de Partos de París. Porak, *otro* en que tuvo una rasgadura vaginal, y no queda satisfecho de la operación. Franke refiere *dos* casos operados por él en Praga, en un primer trabajo, y en otro posterior refiere otros *tres*. Van de Velde refiere *tres* nuevos casos en Harlem. Toporski, en Posen, *uno*, con terminación funesta. Truzzi, en Padua, *dos*. Landerini, en Bergamo, *uno*. Buse, en Jena, *otro*. Macé, en Francia, *uno*. Chrcbak, en Viena, *dos*. Menge, en Erlan-

gen, *dos*; y Dührssen, en Berlín, *uno*. En cada uno de estos casos se refieren detalladamente las historias clínicas y los procedimientos que se han seguido en la intervención; pero yo aquí, naturalmente, no puedo hacer de ellos más que esta rápida enumeración.

*En 1906* se han publicado trabajos de las clínicas de Bumm, en Berlín, por Stökel, que refiere *dos* casos. De Döderlein, en Tubinga, en el que adopta el procedimiento de Zweifeld, de dejar el parto abandonado á sí mismo después de serrar, y refiere *16* casos. De Leopold, en Dresden, por Kannegiesser, que refiere *21* casos en un trabajo muy completo, en el cual se ocupa de las cuestiones más discutidas en esta operación. De Olshausen, en Berlín, por Henkel, que refiere *siete* casos y hace una crítica muy detallada y completa de este método operatorio. De Pfanenstiel, en Giessen, por Kröner, que refiere *un* caso. De Seeligmann, en Hamburgo, *dos*. De Jesen, en Davos, *uno*, que acabó en sinfisiotomía. De Fehling, en Strasburgo, por Reeb, que refiere *cinco* casos, y donde extrae al chico no el operador, sino un asistente. De Fritsch, en Bonn, por Reifferscheid, que refiere *11*. De Küttner, que refiere *dos*, y queda muy satisfecho. De Zweifeld, en Leipzig, que refiere *tres* casos, y en cuyo trabajo evoluciona, yéndose á la sinfisiotomía subcutánea; y, por último, de Bumm, en Berlín, que refiere *13* casos, y defiende con calor la pubiotomía subcutánea, aconsejando se haga en la casa de las enfermas, por su sencillez, seguridad y falta de peligros.

Como se ve, esta operación ha entrado en la mayor parte de las clínicas alemanas, y es practicada cada vez con mayor frecuencia. Cuando Kannegiesser publicó su trabajo (1906), se habían practicado en Alemania 146 pubiotomías, con una mortalidad de 3,42 por 100. Estos resultados no se habían obtenido hasta ahora ni con la sinfisiotomía ni con la operación cesárea; de aquí que esta operación se vaya extendiendo cada vez más. Y con esto terminamos la parte histórica y la literatura de esta operación, que hemos examinado toda la que en la actualidad se ha publicado en Alemania, aunque, naturalmente, no hayamos hecho más que enumerar los trabajos que existen, pues de lo contrario éste resultaría interminable.

Y ahora vamos á ocuparnos de esta operación en el estado en que se encuentra actualmente, analizando sus *indicaciones*, su *técnica*, sus *complicaciones*, sus *resultados* y, sobre todo, de las *ventajas que tiene sobre* las dos operaciones con las que hasta ahora se la ha sustituído, esto es, la *sinfisiotomía* y la *operación cesárea*.

Cuando se quiere juzgar del valor de una operación, debe tenerse ante todo en cuenta si la referida operación es aquella con la cual de un modo seguro se obtiene el efecto deseado. Esta seguridad se refiere no sólo al efecto inmediato, sino que debe dar una garantía completa para el porvenir. En la cirugía obstétrica esto es todavía

más complicado, porque no sólo hay que tener en cuenta el interés de la madre, sino también el del niño. Antes, que el campo de nuestras operaciones era más limitado, los derechos del niño ocupaban un lugar más secundario; pero la tendencia moderna es reconocer el derecho que éste tiene á la vida; de aquí los trabajos en este sentido que continuamente ha realizado Pinard, y que el discurso de Kröning en Meran, «¿Hasta qué punto se debe respetar el derecho del niño á vivir en los partos complicados?», haya llegado á ser un tema de actualidad. Este tema se han ocupado en esclarecerle la mayoría de los tocólogos, y principalmente Hoffmeier, Sippel, v. Franque, Bar Neumann, etc., naturalmente, cada uno desde su punto de vista.

Todas las operaciones obstétricas, menos la craniocláslia y la embriotomía, respetan la vida del niño. Cuando la versión, el forceps ó el parto prematuro no podían ayudar á obtener un niño vivo, apareció la operación cesárea; pero como ésta daba gran mortalidad, se recurrió primero á la sinfisiotomía, y luego á la *pubiotomía*.

Lo más difícil de esta operación no es ciertamente la técnica. Ya hemos dicho en la ojeada histórica que de ella hemos hecho que esta técnica se ha simplificado hasta tal punto, que el practicar la pubiotomía subcutánea actualmente no tiene dificultades de ningún género. Pero si esto es verdad en lo que se refiere á la técnica, en lo que se refiere á la *indicación* no es siempre fácil el determinar cuándo esta operación se debe practicar, ni el momento preciso de hacerlo. En este punto reside el verdadero sentido tocológico del operador, pues si se interviene antes de tiempo pueden hacerse muchas pubiotomías innecesarias, y si se interviene demasiado tarde puede comprometerse la vida del feto y tal vez la de la madre; por eso la *indicación* tiene que ser necesariamente individual.

Esta operación no está llamada, como quieren muchos, á suprimir ni la operación cesárea ni la perforación del niño vivo, *siempre* y de un *modo seguro*, sino á evitar en *muchos casos* el tener que practicar la operación cesárea por indicación relativa y á impedir igualmente también en *otros casos* tener que perforar niños vivos. Como toda otra operación, tiene también la pubiotomía sus *indicaciones* y sus *contraindicaciones*, y éstas tienen que ser necesariamente influídas por varios factores que hagan inclinar el ánimo en un sentido ó en otro.

En primer lugar, hay que determinar lo más exactamente posible la *relación entre la estrechez* de la pelvis y el diámetro de la *cabeza* del niño. Así puede ser necesaria la pubiotomía en un grado muy moderado de estrechez pélvica y aun en pelvis sin estrechez. De esto ha referido un caso notable Sellheim en la *Central-*

*blatt für Gynäkologie* (núm. 35 del 1905). Esta era una mujer de treinta y ocho años, que había parido *siete veces espontáneamente*, y que tenía *nueve* centímetros de conjugata vera. Como la mujer llevaba doce horas de parto, el cuello estaba completamente dilatado; la bolsa de las aguas, rota hacía cuatro horas, y la cabeza no se encajaba. Sellheim se disponía á hacerla la pubiotomía. Chocará que á una mujer que había parido siete veces espontáneamente se la quisiera pubiotomizar, pero esto estaba completamente justificado, y el esperar fué la causa del fracaso. Mientras se rasuraba á la mujer, en una gran contracción, la sobrevino una *rotura del útero*.

En la laparotomía se encontró un niño muerto en la cavidad abdominal, con la placenta en un charco de sangre. Se extirpó el útero y se salvó la madre. El niño pesó 3.740 gramos y tenía 36 centímetros de circunferencia cefálica y en el parietal una gran depresión hecha por el promontorio. Este niño, dice Sellheim, se hubiera salvado, y á la madre se la hubiera librado de un serio peligro, si se la hubiera pubiotomizado á tiempo. Para hacer esta operación había un dato de importancia. Los siete niños anteriores eran de un padre que tenía la cabeza pequeña (gastaba sombreros de 54 centímetros), al paso que el actual había sido engendrado por uno que la tenía grande (60 centímetros de circunferencia). Otra intervención no podía hacer, porque Krönig, en cuya clínica estaba la enferma, desecha la perforación del niño vivo, el forceps alto y la versión preventiva, no quedándole más recurso que la pubiotomía y la operación cesárea. Que en este caso, á pesar de haber parido siete veces de un modo espontáneo, era necesaria la intervención, lo indica bien claramente el curso del mismo; por eso *debemos siempre, al establecer la indicación, individualizar los casos* y tener en cuenta que esta operación *no sólo es necesario practicarla con estrecheces pélvicas acentuadas, sino que, en casos en que esta estrechez no sea grande, puede estar justificada por el tamaño de la cabeza del niño.*

La forma, el mecanismo y amplitud que en la pelvis se obtiene por la pubiotomía es análoga á la que se obtiene por la sinfisiotomía, según han demostrado los experimentos de Tandler, Rosenfeld, Sellheim, etc.; por eso, para fijar los grados de estrechez pélvica en que se debe intervenir, se pueden muy bien fijar las medidas que Zweifeld, el antiguo maestro de la sinfisiotomía, ha dado para ésta. Es verdad que, en la pubiotomía subcutánea, en algunos casos no se ha obtenido fácilmente el espacio necesario para la salida del feto; pero esto ha sido debido á que se han quedado sin seccionar las inserciones é irradiaciones del ligamento arcado; pero, cuando éste se ha seccionado, la amplitud ha sido siempre suficiente para permitir su salida. De todos modos, contando que con este método se obtenga algo menos dilatación, se pueden fijar los límites de las es-

trecheces pélvicas para verificar la pubiotomía entre *siete* y *ocho* centímetros y *medio de conjugata vera*. En una estrechez menor debe hacerse la operación cesárea, y en una mayor, esto es, de más de 8 ½, puede, generalmente, extraerse el feto con el forceps.

Zweifeld ha marcado como límite mínimo para la sinfisiotomía una vera de 6,75; pero esto sólo puede adoptarse cuando se trate de fetos con cabeza muy pequeña (cosa no siempre fácil de dilucidar), porque si no, nos exponemos á ver morir al niño en la extracción, y entonces la operación resulta innecesaria, porque para esto es preferible perforar. En pelvis uniformemente estrechas, este límite tiene que ser más alto; es decir, que en éstas la pubiotomía no se debe hacer por debajo de un diámetro ántero-posterior mínimo de 7 ½ centímetros, esto es, que está indicada entre 7,5 y 9 centímetros de estrechez.

Una *limitación* tiene que experimentar esta operación en casos en que haya gran estrechez de la vagina. Por esto, en general, no es aconsejable practicar ésta en primíparas, porque es necesario proceder á la extracción cuando la cabeza está todavía alta, y por lo tanto no ha empezado á dilatarse la vagina. Así que después de haber practicado el corte de sierra, nos encontramos en la penosa situación de tener que extraer el niño, por una vagina sumamente estrecha de una primípara, por el forceps ó por versión. Según se ve por la práctica, vienen á menudo en estos casos repetidas rasgaduras de la vagina ó periné (principalmente en las primíparas), que, generalmente, ponen en comunicación la herida del hueso con la vagina, y son, ó pueden ser, funestas para la parturiente. Prescindiendo de que la rigidez de las partes blandas sea un obstáculo para la salida del niño, y por lo tanto, un peligro para su vida, tenemos que contar en estos casos con la inminencia de la infección. Para evitar estos inconvenientes se han propuesto dos medios (además del método de Zweifeld de abandonar el parto á sí mismo). Uno de estos medios, aconsejado principalmente por Reeb, ha sido la introducción en la vagina de un balón dilatador para ensanchar ésta y que no se rasgue después al salir el feto. Este medio ha sido utilizado en la clínica de Leopold y Kannegiesser, que lo ha usado y no está muy satisfecho de él, pues las rasgaduras no han sido con él evitadas. Otro medio es el que ha propuesto Dührssen, criticando los casos de Baunn: consiste en incisiones laterales de la vagina, que se suturan después del parto. Dührssen ha ido más allá. Este dice que el ideal de terminar el parto en una eclámpsica (las cuales por lo general son primíparas) es la combinación de la pubiotomía con la operación cesárea vaginal (caso, naturalmente, que haya desproporción marcada entre los diámetros pelvianos y fetales). A este medio le critica duramente Henkel, lo mismo que á la aplicación del Bosi, á

la cual atribuye la muerte de uno de los casos publicados por Hohlweg. Esta era una primípara de treinta y ocho años en la que hubo una extensa rasgadura vaginal, que comunicaba con el hueso, y otra del periné. La mujer estaba ya infectada, según Hehlweg, y la terminación fué funesta. Estas heridas anfractuosas que se hacen con el Bosi, ó que hace el feto al salir, son muy difíciles de cicatrizar y terminan muy frecuentemente como terminó este caso de la clínica de Kiel. En éstos, lo mejor es perforar aunque el niño esté vivo, porque la operación cesárea en una mujer infectada, como lo era ésta, no hubiera tampoco dado buen resultado.

*Otra contraindicación* de esta operación es que las mujeres hayan estado largo tiempo de parto, que hayan sido muchas veces reconocidas, sobre todo fuera de la clínica, y en las que tal vez existe ya una ligera elevación de la temperatura. Se han publicado algunos casos de terminación fatal por esta causa, los cuales no se pueden achacar, como es natural, á la operación.

Otra cosa que se debe también pensar mucho es si se ha de hacer una pubiotomía en una mujer en que antes se la ha hecho la operación cesárea. Como se sabe, en estos casos, vienen con frecuencia adherencias de la parte anterior del útero con la pared abdominal. La vagina es estirada hacia arriba y se hace todavía más estrecha que en las primíparas no laparotomizadas, y como el feto no ha pasado por la vagina, estas vaginas son sumamente estrechas. Puede suceder que á pesar de eso la vagina se dilate y pueda dar paso al feto, pero en estos casos siempre hay que contar con el peligro de la rotura del útero; por eso no se debe hacer la versión, y caso de hacer la pubiotomía, se debe aplicar el forceps ó dejar el parto abandonado á sí mismo.

Otro motivo curioso de indicación de pubiotomía, y á título de curioso lo cito, es la combinación que propone Reeb, de asociar la pubiotomía con el parto prematuro para poder relegar la operación cesárea á un lugar muy secundario. Sabido es que esta doctrina del parto prematuro ha tenido cierta boga, y aun cuando ahora el entusiasmo primitivo ha caído, todavía se practica en algunas clínicas, entre otras en la de Leopold. Reeb dice que no dejando que el niño crezca, siempre habrá más facilidades de extraerle, y así puede hacerse esta operación, aun en pelvis que tengan una vera de menos de 7 centímetros. Esta proposición ha alcanzado poco éxito.

Antes de decidirse á hacer una operación como ésta, lo primero que hay que tener en cuenta es que lo mismo la operación cesárea como la sinfisiotomía y pubiotomía sólo están justificadas cuando se puede obtener un niño vivo ó capaz de vivir. En la operación cesárea esto es siempre fácil; en la sinfisiotomía este problema no es siempre tan fácil de resolver. Las probabilidades de vida que tiene un niño

que no es de término, todo el mundo sabe que no son grandes, y someter á una madre á una intervención de alguna importancia para obtener un niño tan difícil de conservar para la vida, no merece la pena. Esta opinión no es sólo mía; es la de la mayor parte de los tocólogos alemanes; por eso la idea de Reeb la cito, más que nada, á título de original, pero no para que se imite.

Los casos más indicados para pubiotomía son aquellos de una conocida estrechez pélvica, en los cuales ha habido partos anteriores en los que no ha sido posible obtener un niño vivo por vías naturales, ni con forceps, ni con versión ni espontáneamente, y en los que la medición nos da una pelvis con una estrechez de segundo grado.

Para establecer bien la indicación, hay que observar el parto hasta que el cuello esté completamente dilatado, procurando conservar intacta la bolsa de las aguas. Cuando esto tiene lugar, ya no se debe retrasar la pubiotomía, esto es, no se debe esperar, como quieren muchos, hasta que una estricta indicación por parte de la madre ó el niño la determine, porque entonces nos exponemos á obtener un mal resultado.

Si los ruidos del corazón del feto se debilitan, se corre el peligro de que éste muera al ser extraído. Si se deja largo tiempo á la mujer de parto, puede venir la fiebre, y entonces la intervención puede traer un serio peligro para la madre.

Una contraindicación para esta operación, digna de toda nuestra atención, es el que se trate de una pelvis con anquilosis de la articulación sacro-ilíaca. Es verdad que Farabeuf realizó en 1892 su isquio pubiotomía en una pelvis tipo Nägele en el lado de la anquilosis, y nuevamente la ha hecho Macé en el lado contrario con éxito; pero no es menos cierto que la dilatación que se obtiene, lo mismo en la sinfisiotomía que en la pubiotomía, es debida á la movilidad de la articulación sacro-ilíaca; por eso en la anquilosis doble debe rechazarse en absoluto la pubiotomía, y en la sencilla, en caso de hacerse, debe llevarse á cabo en el lado donde está la articulación sana.

Otro motivo de intervención por la pubiotomía lo tenemos en el peligro inminente de muerte en que se encuentra el feto en caso de prolapso del cordón umbilical. En estos casos, cuando la cabeza está encajada y no es posible la versión, si no queremos ver morir rápidamente al feto, no tenemos otro recurso que la pubiotomía. Para evitar esto, la practicó Van de Velde con urgencia en un caso de una mujer que había parido ocho veces, que se la presentó un prolapso del cordón, el cual hacía temer la muerte del feto. La operación se realizó rápidamente sin anestesia, y el feto se salvó, no habiendo producido á la madre la intervención resultado desagradable de ningún género.

Como se ve, las *indicaciones* de esta operación son bastante diversas, y observando atentamente la marcha del parto, pueden llenarse de un modo satisfactorio y salvar con esto de la muerte á muchos fetos, sin traer peligros de importancia para la madre.

Una vez practicado el corte del pubis, hay necesidad de resolver una cuestión de importancia, y en la cual no hay todavía unanimidad de pareceres; esto es, si se ha de extraer el feto ó dejar después el parto abandonado á sí mismo, y caso de extraerle, cuál es el medio mejor de hacerlo. En los primeros tiempos en que se ejecutó esta operación, lo general era que á la operación siguiera inmediatamente la extracción.

Para llevar ésta á cabo, cada operador elegía el medio que mejor le parecía. Döderlein, en sus primeros casos, hizo uso del forceps; pero en el cuarto que operó, extrajo un niño muerto después de una aplicación difícil con un hematoma subdural, y desde entonces le proscribió. Bumm ha seguido aplicando el forceps, y con este método le ha ido mejor que con la versión, pues con ésta extrajo á su vez también un niño muerto, y con el forceps les ha sacado siempre vivos. Los demás operadores obran según las circunstancias. En la clínica de Olshausen, generalmente se hace forceps. En la de Fehling, también. En la de Fritsch hacen versión, así como en las de Van de Velde y Dührssen.

Modernamente se ha manifestado en los tocólogos otra tendencia en este asunto que cada vez se abre más camino. Este es el practicar para la pubiotomía el método que propuso Zweifeld para la sinfisiotomía, de una vez serrado el hueso, dejar el parto abandonado á sí mismo. Zweifel propuso éste en el Congreso ginecológico de Breslau de 1893, con objeto de proteger las partes blandas del medio violento de la extracción, al cual atribuía las principales lesiones de éstas. En la pubiotomía se vieron igualmente repetidas veces que, sobre todo en las primíparas, ocurrían á menudo rasgaduras de la vagina que ponían la herida del hueso en contacto del exterior, y que daban lugar á serias infecciones que fueron la causa en muchos casos de un mal resultado. Por eso empezó este método de espera á ponerse en práctica, siendo los primeros en adoptarle Döderlein y Menge; posteriormente la ha adoptado también Bumm, y parece que cada vez se abre más camino. Es indudable que este método es el que más protege las partes blandas, pues el que se haya detenido en observar el mecanismo del parto habrá visto que tanto más lento es éste, tanto menos sufren las partes blandas. En primíparas es muy expuesto forzar el parto, bien por el forceps ó por versión, sin dar lugar á lesiones más ó menos graves. Además, en la sinfisiotomía, este método tenía la desventaja de quedar una gran superficie cruenta en contacto con la cabeza del feto y el li-

quido amniótico largo tiempo, y era, por lo tanto, muy expuesta á infectarse; pero en la pubiotomía no puede haber este peligro, pues además de ser la herida insignificante, está colocada á un lado y no es influenciada por los loquios.

Este método tiene indudablemente ventajas, pero tiene también serios inconvenientes. Ya en el Congreso de Breslau, en 1893, fué tachado por Schanta y otros de cruel, y esto mismo se ha dicho de él en el Congreso del pasado año en Meran. Anestesiar una mujer, someterla á una intervención y que se despierte y encuentre que tiene todavía el chico dentro, no es para ella muy consolador, y esto que en las clínicas puede (y debe hacerse) en muchos casos, en la práctica privada causa un efecto deplorable. Además, á esto ha añadido Kannegiesser razones de índole técnica. Él se ha apoyado en los trabajos de Sellheim acerca del mecanismo del parto en las pubiotomizadas. Éste ha demostrado la dificultad que hay en estos casos para que se verifique la rotación, puesto que encontrándose la cabeza con la resistencia del periné, pero en cambio, habiéndose disminuído la rodilla del canal que ha de recorrer el feto quedando una pelvis embudada, en cuanto cesa la contracción uterina vuelve á elevarse la cabeza quedando sin rotar, y á esto se debió que Bauereisen tuviera que esperar en esta situación treinta horas y se viera obligado á terminar el parto con el forceps. Sellheim ha demostrado con el dinamómetro, además, que para la extracción del feto después de la pubiotomía, hay que emplear una fuerza tres veces mayor que después de la sinfisiotomía, otra razón que le hace dudar si los dolores después de la anestesia serán suficientes para hacer salir el feto. En muchos partos se ha obtenido, es verdad, el efecto que se deseaba, y éste ha terminado pronto; pero las opiniones no están todavía acerca de este punto completamente de acuerdo; y aunque yo personalmente creo que es un buen método, no he querido omitir las razones que á él oponen sus contrarios.

La *técnica* de esta operación no puede ser más sencilla. En la actualidad, la mayoría de los que la practican han adoptado el método subcutáneo *completo*, es decir, que han suprimido las pequeñas incisiones que hacía al principio Döderlein para introducir el dedo arriba y proteger con él la vejiga, y abajo para dar la salida á la aguja. Ahora las agujas que se usan no son romas, como eran antes, sino que pueden pinchar, y las principales diferencias que se observan en la técnica de los distintos operadores es que ésta se introduzca por abajo ó por arriba. Como en esto cada uno tiene sus predilecciones, yo voy á exponer la técnica que usa Bumm, y después indicaré las diferencias que tiene ésta con la de los demás operadores.

Bumm fué uno de los primeros que empezó á usar la aguja,

aunque su método no lo publicara hasta que lo habían hecho ya Walcher y Kannegiesser. La aguja que usa Bumm es esta que tengo el honor de presentar á la Academia, y que ha sido adquirida por mí en casa de Löwenstein, de Berlín, el mismo instrumentista que se la construyó y provee á la clínica de Bumm actualmente. La aguja, como se ve, tiene un mango bastante grande para su fácil manejo, y una curvadura muy pronunciada, terminando el extremo por una acerada punta. En este extremo tiene la aguja una ranura en forma de bayoneta, que en la parte próxima á la punta es muy estrecha y en la más distante es circular y ensanchada, para permitir introducir por ella la cabeza en que termina la sierra de Gigli. Esta modificación que hizo Bumm á esta sierra permite dar gran seguridad al enganche y que la abertura que ésta hace en los tejidos sea todavía menor, pues se reduce al espesor que tiene la aguja y la sierra, que, como veis, es muy insignificante. Al instrumental referido le completan dos mangos para la sierra, que tienen un encaje análogo al de la aguja.

La manera de operar es la siguiente: la mujer está en posición de talla, con las piernas levantadas en la mesa de operaciones (ó en otra mesa en casa de la enferma).

El cirujano se orienta primero sobre la altura y forma del pubis por minuciosa palpación, cogiéndole entre el pulgar y el índice. Cuando se tiene así el hueso, con la aguja, teniendo el mango alto, se pincha *un dedo* á la izquierda ó la derecha de la línea media (después que el clítoris con el labio menor se han inclinado al otro lado) entre el grande y pequeño labio, al lado del borde inferior de la arcada pubiana. Inclinando paulatinamente el mango hacia abajo, va la aguja penetrando hacia arriba, yendo pegada al hueso por la parte posterior. El dedo introducido en la vagina dirige la aguja, cuyo agudo extremo se siente rozar al hueso al dirigirse hacia arriba. En cuanto llega la aguja al borde superior del pubis, se inclina el mango fuertemente hacia abajo, la aguja penetra en la piel, y con presión por fuera se la pincha fácilmente. Una vez enhebrada la sierra de Gigli, se retira la aguja hacia atrás, siguiendo un camino opuesto al de su entrada, y sacando ésta de la aguja y provista ésta de los mangos, queda la sierra en disposición de serrar. La maniobra tarda menos en practicarse de lo que se tarda en describir. Se debe tener el alambre siempre tenso y no hacer ángulos ni arriba ni abajo, sino en forma de arco, como si se quisiera con él elevar la pelvis hacia arriba. Si se hace bien, en *seis* á *diez* tirones (veces) está el corte hecho. Bumm en tres enfermas en quien midió este tiempo con reloj en mano, tardó en una *un* minuto; en otra, *minuto y medio*; y en otra en que la aguja se desprendió de la sierra por estar mal enhebrada y en la que hubo que introducir de

nuevo la aguja, *tres minutos;* contando en esto no sólo el sierre, sino el tiempo que se tarda en introducir la aguja. Cito todos estos detalles para que se vea el poco tiempo que se necesita para llevar á cabo esta operación. El corte debe ser paralelo á la sínfisis, y tanto más cerca se sierre de la sínfisis, con tanta mayor facilidad se obtiene el espacio deseado. Cuando el corte, en lugar de ser paralelo, es oblicuo á la sínfisis, bien hacia afuera ó hacia adentro, puede ser la separación de los fragmentos tan pequeña, que se originen serias dificultades para la extracción. El que caiga el corte en la sínfisis no es ninguna desdicha. En este caso, resultaría una sinfisiotomía subcutánea, que es lo que practica Zweifeld en la actualidad, y de esta manera, dice éste, obtiene con más facilidad el espacio que necesita.

Bumm, una vez practicado el sierre del hueso, procede generalmente á la extracción del feto, y en multíparas, sobre todo, aplica casi invariablemente el forceps. Él no comprende que se proponga para esto la versión. En 14 casos que había operado cuando yo vine (Septiembre de 1906), había aplicado nueve veces el forceps; en cuatro casos había dejado el parto abandonado á sí mismo, y en uno hizo la versión. En este último extrajo un niño muerto, y de aquí la mala voluntad que tiene á este *modus operandi* en estos casos, en contraposición á Döderlein, que proscribe en los mismos el forceps, por haber obtenido igualmente un niño muerto con este instrumento. Yo, el caso de Döderlein no le vi operar, y nada puedo decir de él; pero el de Bumm sí, y puedo decir algo del porqué de la muerte de este niño. Bumm hacía entonces un curso para médicos prácticos, y tenía interés en hacer esta operación en este curso. Los casos no se presentan cuando el tocólogo quiere, y aquí se trataba de una estrechez muy pronunciada, con una cabeza fetal bastante grande; es decir, era más bien caso de operación cesárea que de pubiotomía. El hacer la extracción del feto no era posible, pues la separación de los fragmentos no era bastante, y sólo después de una enorme compresión de la cabeza por cima de la sínfisis pudo ésta ser extraída. El feto murió al poco tiempo, pues tenía rota la columna vertebral, y la madre curó sin contratiempos. Esto enseña que no se deben forzar las indicaciones ni aun por motivos de enseñanza.

Una vez que ha extraído el feto, examina atentamente los órganos genitales internos, por si hay alguna rasgadura, para suturarla en seguida. Por regla general, sale algo de sangre por las aberturas superior é inferior del corte de sierra; por eso coloca compresión por medio de gasa en la vagina, y por fuera por medio de un vendaje, con lo que cesa pronto la hemorragia.

La gasa de la vagina la mantiene allí durante doce horas; luego

la quita. En la vejiga pone un catéter permanente, para que no se manche el vendaje. El callo se forma sin dificultad, y á los pocos días es difícil reconocer dónde está el corte. A los catorce días suele ser éste lo bastante sólido para que las enfermas puedan levantarse. Tal es la técnica que emplea Bumm, que, como se ve, no puede ser más sencilla.

La de los demás operadores difiere en la actualidad muy poco de la que acabamos de exponer, y ninguna la aventaja en sencillez.

Uno de los puntos que han sido más discutidos es de si la aguja había de introducirse por arriba ó por abajo. En el principio, la mayoría de los que practicaron esta operación la introdujeron por arriba. De este modo operaron Gigli, Döderlein, Pestalozza, Sellheim, Zweifeld, etc. Al hacerlo por arriba, lo hacían con el propósito de proteger la vejiga por medio del dedo, pues casi todos estos operadores seguían el método de Döderlein. Después, cuando se hizo la pubiotomía completamente subcutánea, han continuado todavía algunos, como Kannegiesser, haciéndolo por arriba; pero actualmente va marcándose, cada vez más, la tendencia á hacerlo por abajo, por ser más fácil y no haber peligro de, al introducir la aguja, herir la vejiga (siempre que esta aguja tenga la necesaria curvadura y se lleve el extremo pegado á la parte posterior del pubis). De esta manera operan Bumm, Walcher, Van de Velde y algunos otros.

Otra diferencia en la técnica que hemos descrito, consiste en hacer la pubiotomía, no ciega completamente, sino con una incisión por arriba en el tubérculo púbico, por la cual se introduce el dedo y con él se guía la aguja, sin temor de que pueda ser herido ningún vaso de importancia ni la vejiga. Este es el procedimiento de Döderlein, el cual, por haber sido el primero que practicó este método en Alemania, ha tenido y tiene muchos partidarios. Este método, además de su autor, ha sido practicado por Küttner, Sellheim, Hohlweg, Reeb, Henkel, etc.

Otros cirujanos que han practicado esta operación han propuesto modificaciones en la técnica más ó menos afortunadas. Así Seeligmann, en Hamburgo, propuso una sonda acanalada curva que defendiera las partes blandas de la sierra durante el corte del hueso. Esta no se ha empleado más que una vez en Rusia, con muy mal resultado. Tandler, fundado en estudios anatómicos muy detenidos, propuso un método para reducir la hemorragia á la más mínima expresión.

Una de las cosas que fueron más discutidas en el principio de esta operación, fué si la hemorragia era debida á lesión de las ramas del clítoris ó los vasos heridos al operar. Los operadores negaban que el clítoris fuera herido; pero las investigaciones anatómicas de Tandler demostraron que con el procedimiento de Döderlein, lo

mismo que con los demás, era imposible evitar la lesión de las ramas de este órgano; por eso propuso un procedimiento puramente anatómico, que consistía en incindir en el labio mayor, á dos centímetros de la línea media, separar el cuerpo cavernoso del clítoris, del periostio, hacer una ligadura doble en este órgano y seccionarlo; después serrar el hueso con la sierra, como en los demás casos. Este procedimiento fué ejecutado por Fleissmann, y quedó de él poco satisfecho; así que no se ha vuelto á practicar.

Henkel, pensando también en evitar la herida de las ramas del clítoris, ha publicado también otro método, en el cual opera por arriba y separa las ramas del clítoris del pubis para introducir la aguja entre éste y el hueso y poder serrar sin herirlo. Así ha operado siete casos, y aunque él está satisfecho del método, hasta ahora no ha tenido imitadores.

Todos estos métodos son complicados y largos de referir, y, á decir verdad, poco prácticos, y por eso no han encontrado aceptación. Es verdad que una de las ramas del cuerpo cavernoso del clítoris es herida al practicar el corte de sierra; pero esto no tiene importancia, porque en el sitio de la herida el clítoris es ya muy delgado y la hemorragia cede fácilmente por compresión. Además, si el clítoris no se hiere al serrar, se desgarra al salir la cabeza, de modo que con estos procedimientos se consigue muy poco, y éstos no superan al procedimiento *completamente subcutáneo*, cuyas ventajas no pueden ser puestas en duda. El ocuparme de todas las modificaciones que se han propuesto en la técnica me llevaría muy lejos, así que hago punto aquí.

Respecto á la conducta que los tocólogos alemanes siguen después de practicar el sierre, no hay todavía una completa unanimidad de pareceres. Bumm, como ya he dicho, aplica el forceps; Döderlein hace la versión, y Zweifeld no hace ni una cosa ni otra: deja el parto abandonado á sí mismo. Este último método va cada día ganando más terreno. Este fué propuesto por Zweifeld en el Congreso Ginecológico de Breslau, y fué tachado por Schauta y otros de cruel, pero cada día se practica más. Uno de sus más decididos defensores ha sido (además de su autor) Menge, y á él se han unido modernamente los mismos que antes no lo ponían en práctica, como Döderlein y Bumm. Este lo ha puesto ya en práctica cuatro veces, y está satisfecho de él y dice que en las primíparas es un buen procedimiento. Lo mismo dice Döderlein, que le practica desde el 23 de Noviembre de 1905, en cuya época operó su primer caso así, é igualmente le defiende Krönig en Friburgo, que también practica. El que más rehacio se presta á él hasta ahora es Kannegiesser en la clínica de Leopold, el cual se apoya en trabajos dinamométricos que ha hecho Sellheim para averiguar la fuerza que se ne-

cesita para la extracción, y en un caso desgraciado de Bauereisen, en el que tuvo que esperar treinta horas el parto y concluir por aplicar el forceps. A pesar de estos reproches, yo creo que este método es el que más probabilidades da de que no haya lesiones en las partes blandas, y en las primíparas puede decirse que es insustituíble.

En cuanto á particularidades en la extracción, sólo diré que en la clínica de Fehling, en Strassburgo, hay la costumbre de hacer la extracción por un ayudante distinto del que verifica la operación. Este proceder proviene de Francia, y en esto se manifiesta todavía la predilección que en esta provincia, que antes era francesa, se manifiesta por los métodos que tienen su origen en la vecina república. En Alemania la extracción del feto se verifica por el mismo operador, y el que practique ésta otro se considera como superfluo.

Las demás particularidades de la técnica y extracción son de tan poca importancia, que no merece la pena de que nos ocupemos de ellas, y vamos á pasar á otro punto que la tiene, cual es el de las *complicaciones*.

Las *complicaciones* que se han presentado en los casos hasta ahora operados han sido de tres clases: 1.ª, *lesiones de las partes blandas;* 2.ª, *hemorragia*, y 3.ª, *infección*.

Las lesiones de las partes blandas son la complicación que con más frecuencia se ha presentado en esta operación. Los órganos heridos han sido la vejiga, la uretra, la vagina y el periné. Estos órganos (á excepción de la vejiga en dos casos) no han sido heridos en la intervención operatoria, sino en la extracción del niño, al separarse violentamente los dos fragmentos del pubis serrado.

Heridas de la uretra y vagina las tuvo Baunn en sus dos casos, y á esto se debió la terminación funesta; y Hohlweg en Kiel perdió también otro por la misma causa. Este aplicó primero el Bossi, y al hacer la extracción, tuvo una rasgadura vaginal que comunicaba con el hueso y que llegaba al periné, á través de la cual se veía la vejiga.

Heridas de la vejiga las han tenido en sus casos Reeb, Bumm y Reifercheid. En el caso del primero fué seguramente operatoria, puesto que salió con la sierra un pedazo de vejiga, que tuvo que reponer. En los otros dos fué la lesión por la cabeza del niño al salir. En todos ha curado la vejiga espontáneamente, con sólo colocar un catéter permanente.

Y por último, heridas del *periné* las han tenido muchos, algunas graves, como Bauereisen, Baunn y Kannegiesser. Este último ha tenido además en 4 casos lesiones de la vejiga (que curaron espontáneamente), y en tres de la vagina. Estas lesiones se combinan y se unen unas á otras en muchos casos; de modo que en los casos des-

graciados la lesión no suele limitarse á un órgano, sino que se extiende á los inmediatos. Estas lesiones son producidas (excepto las de la vejiga en dos casos) en la extracción del niño; de aquí la predilección que va teniendo el método de Zweifeld de dejar el parto abandonado á sí mismo.

*Hemorragias* en el acto operatorio las hubo al principio, y las tuvieron Zweifeld, Döderlein y Henkel, que no hacían el método completamente subcutáneo. Al emplear éste no ha habido hemorragias notables, sino solamente *hematomas*.

Casos de hematomas los han referido Selheim y Kannegiesser. El primero tuvo uno, que lo comunicó al Congreso Ginecológico de Kiel, que le dió serias inquietudes, pero que curó al fin. El segundo le observó en 4 casos y se reabsorbió sin consecuencias. Estos hematomas pueden evitarse si se hace una compresión de la región operada algo enérgica, y en la actualidad no se citan ya casos de ellos.

En cuanto á la *infección*, ha sido una complicación que se ha presentado como consecuencia de lesiones extensas de las partes blandas. A ésta se debió la terminación funesta de uno de los casos de Baunn, del de Hohlweg, de uno de Henkel, otro de Landerin en Bergamo y otro de Toporsky en Posen. En algunos de ellos la infección era anterior á la intervención, como el de Hohlweg; por eso muchos desisten de practicar esta operación en mujeres infectadas; aunque Franke, en un trabajo de la *Munch. Med. Wochenschrift*, dice que esto no está justificado, porque de ese modo se condena á perecer muchos niños que pueden vivir, y él ha operado en su clínica de Praga mujeres infectadas con éxito, y esto mismo hizo Bonardi en el primer caso de pubiotomía que se operó, en el cual la mujer tenía ya 38 grados de temperatura. Es indudable que esto puede hacerse, pero los cirujanos que lo hacen obtienen estadísticas menos brillantes que los que operan sólo casos completamente apiréticos.

Además de estas complicaciones, que son las más importantes, se han citado otras, como el *loquiometra* que Kannegiesser vió en cinco casos, y que atribuye á la falta de movimiento de las operadas. *El edema* de las extremidades inferiores, que vió en cuatro, debido, según él, á compresión de un hematoma sobre la vena femoral y á trombosis; la lesión de los ligamentos de la articulación sacro-ilíaca, á la que Henkel cree son debidos algunos exudados que se notan en el parametrio de estas operadas; la falta del sierre de todo el hueso, que puede dejar un puente que produzca dificultades en la extracción, etc., todas estas últimas complicaciones no han traído en ningún caso consecuencias graves, y por eso no hago más que enumerarlas; y con esto termino el capítulo de complicaciones

y paso á ocuparme de los *resultados* que se han obtenido con esta operación.

*El resultado* para el niño ha sido, en general, bueno. Es verdad que también se han obtenido niños muertos, entre otros uno de Döderlein, otro de Bumm, otro de Seligmann y cuatro de Leopold; pero en una operación que empieza estos casos significan poco, tanto más cuanto que en muchos esto no se puede achacar á la operación. El de Bumm ya he dicho fué por forzar la indicación. En el de Döderlein, por forceps difícil. En los de Leopold el primero murió en la extracción por mala posición (cara). Era una primípara de 7 ¼ de vera; rotura de útero inminente, fracaso de versión, intento de forceps; el cordón no pulsa y se perfora. El segundo murió por asfixia blanca con vueltas del cordón al cuello. El tercero por asfixia azul por compresión del cordón, y el último, que se obtuvo por versión, murió por azotarle demasiado para revivirle (hemorragia de los músculos de la espalda). Estos casos los cito detalladamente para que se vea que la muerte de estos niños no puede imputarse al procedimiento, y que lo mismo en estos casos que en el de Seligmann el niño murió por no aplicar bien la indicación, ó por otras causas.

Por lo demás, casi todos los cirujanos han obtenido niños vivos y la operación da un buen pronóstico para el niño.

En cuanto á la *madre*, se obtiene con la pubiotomía un resultado mucho mejor que con ninguna de las operaciones con que hasta ahora se la ha sustituído. Kannegiesser da una mortalidad para la madre de 3,42 por 100, y Henkel y Reiferscheid, tomándolo muy alto y contando todas las muertes que ha habido en estas operadas, como la de Saladini (tifus), Hart (cloroformo) y Hohlweg (infección de la inserción placentaria), que, como se ve, no tienen que ver nada con la operación, hacen elevar esta mortalidad hasta el 6 por 100. Si se tiene en cuenta que los casos hasta ahora operados lo han sido por muchos operadores y que todos ellos en esta operación se les puede considerar como principiantes, puesto que es una intervención nueva y que han de mejorar para lo sucesivo su técnica y su habilidad operatoria y estudiar de un modo más preciso las indicaciones, no puede menos de admitirse que los resultados obtenidos hasta ahora son muy superiores á los conseguidos antes de ella.

En cuanto á la curación de la herida operatoria, ésta por lo general no deja nada que desear. Cuando la mujer ha resistido la intervención, no encontramos en la literatura un solo caso en que la cicatrización ósea no haya sido satisfactoria. Siempre se ha obtenido ésta, y en muchos casos era tan ideal que en el lado operado no podía percibirse absolutamente nada. Hasta en las pubiotomías abiertas y en aquellas en que por haber venido desgarros vaginales se las puede considerar como tales, y aun en los que hubo infec-

ción, como en el caso de Reeb, en el que además sobrevino una fístula vesical, un absceso del gran labio y trombosis de ambas femorales, se obtuvo una perfecta consolidación del hueso y la curación de la enferma.

*La formación del callo* en el corte de la sierra es diversa. En aquellos casos en que después de la extracción se han aproximado los fragmentos, y sobre todo en los que se ha conservado el periostio sin rasgarse, la curación es tan ideal que apenas se percibe nada en el sitio de la pubiotomía, ni callo ni prominencia alguna. En los casos en que ha habido extensas lesiones del periostio, ó en que los fragmentos no quedan completamente adaptados uno á otro naturalmente, se forma un callo ó una prominencia. Este callo no es sólo de tejido conjuntivo, como quiere Bauereisen, sino que, como se ha visto en la clínica de Leopold, por medio de radiografías, este primitivo tejido conjuntivo se osifica.

La consolidación es siempre firme y rápida. A los catorce días se pueden ya las mujeres tener en un solo pie, cosa que no se ha obtenido nunca con la sinfisiotomía sino mucho tiempo después; y esto es una gran ventaja. En 202 casos de pubiotomías que se han publicado hasta ahora, no se ha obtenido nunca una pseudo-artrosis; y á pesar de quedar siempre una consolidación firme, se ha obtenido en muchos casos una dilatación de los diámetros pelvianos, sobre todo del oblicuo, del lado en que se ha operado, que puede servir para que en los partos sucesivos no haya necesidad de intervenir. Esta dilatación se obtiene con sólo dejar intencionadamente los fragmentos separados; esto es, dejando muy floja la faja ó no aplicándola. Esto, que fué propuesto por Van de Velde, ha sido puesto en práctica en varias clínicas, entre otras en la de Leopold y Fritsch, habiendo obtenido el efecto deseado, según se ha visto por las radiografías, y sobre todo por haber conseguido en embarazos sucesivos obtener niños vivos sin necesidad de nueva operación. Aunque hubiera necesidad de operar de nuevo, siempre había la ventaja de operar al otro lado en donde no hay adherencias ni cicatrices ni nada que estorbe, y además que obteniendo por la primera pubiotomía un aumento del diámetro oblicuo del lado operado, y en la segunda otro igualmente del opuesto, queda una pelvis simétrica, y aumentada en todos sus diámetros, sin que por eso pierda nada de su solidez, y sin necesidad de nuevas intervenciones puede la madre parir de nuevo espontáneamente (otra ventaja sobre la sinfisiotomía).

En la clínica de Dresden se ha practicado la pubiotomía (en diez y seis meses) 21 veces, en un total de partos de 2.864, esto es, el 0,74 por 100. En las madres no hubo ningún caso de muerte, á pesar de que muchas padecían enfermedades generales, como nefritis,

tuberculosis vertebral, infecciones, enfermedades de corazón, etc. Todas han salido de la clínica, de los diez á los diez y ocho días, curadas de la intervención. Una sola tuvo un absceso de la rodilla, que fué trasladada á cirugía, y curó con anquilosis. De las 21 operadas, 11 eran primíparas. Esta gran proporción se debe á que Leopold es uno de los pocos que siguen empleando el parto prematuro, y éste no le practica más que en multíparas. En el tiempo que en la clínica se han practicado las 21 pubiotomías se han llevado á cabo 15 partos prematuros, obteniendo nueve niños vivos; y en cambio las madres todas han quedado apiréticas, cosa que no puede afirmar Kannegiesser de las pubiotomizadas, de las que sólo siete se han librado de tener fiebre de mayor ó menor intensidad. *La perforación* no se puede desterrar á pesar de la pubiotomía. Así, en la clínica de Leopold, en el tiempo que ha practicado sus pubiotomías, ha tenido necesidad de perforar *nueve niños vivos*. Esto mismo ha sucedido en otras clínicas, como la de Döderlein, según refiere Baisch; pero, á decir verdad, en ninguna otra esta proporción ha sido tan elevada como en la de Leopold. Döderlein, en 4.000 partos, ha hecho la perforación cinco veces. En la mayoría de los casos, lo mismo en una clínica que en otra, estaban infectadas las mujeres, y esta línea de conducta se sigue en la mayoría de las maternidades de Alemania. Döderlein, en 31 operaciones cesáreas que ha hecho, ha perdido dos casos, y en 16 pubiotomías no ha perdido ninguna. Bumm, de 14 pubiotomías, no ha perdido tampoco ninguna. Fritsch, de 11, ídem, y en la mayoría de las clínicas están satisfechos de esta operación, y la practican cada vez más, aunque hayan perdido alguna enferma (por ejemplo, Henkel, en la clínica de Olshausen).

Por todo esto se ve que los resultados de esta operación son buenos, y que tiene ya su puesto afirmado en la cirugía obstétrica.

Con la pubiotomía pueden sólo competir la *operación cesárea* y la *perforación*. No se puede afirmar, como lo hace Bürger, que esta operación sea capaz de suprimir las otras dos. La operación cesárea y la perforación habrá siempre casos en que estén indicadas, casos en que será una grave falta hacer en ellos la pubiotomía. Lo que hará esta operación será, no suprimir, sino disminuir notablemente el número de operaciones cesáreas que se practiquen por indicación relativa, y el número de perforaciones de niños vivos que haya necesidad de ejecutar. En toda pelvis que tenga un conjugado verdadero menor de 6,75 sería una temeridad practicar pubiotomías, pues se comprometería seriamente la vida del niño, y tal vez la de la madre, teniendo en este caso su indicación precisa la operación cesárea. Igualmente, practicar la pubiotomía en casos en que se trate de niños moribundos, en hidrocéfalos que estén llamados á vivir poco tiempo, ó en mujeres gravemente infectadas, sería también

una falta grave. No hay que dejarse llevar de sensiblerías, y hay que atender sólo á la indicación, pensando siempre que la vida de la madre ocupa siempre un lugar preferente á la del niño. Que esta operación esté destinada á salvar muchos niños de la muerte, es indudable; pero creer que los vaya á salvar todos, no se le ha ocurrido á ninguno de los que la han propuesto. No hemos de repetir aquí lo que hemos dicho ya al ocuparnos de las indicaciones. Sólo diremos que esta operación tiene aplicación, no sólo cuando la pelvis es estrecha, sino en grados moderados de estrechez en que la cabeza es grande, y tiene también aplicación en estrecheces normales cuando el feto está en peligro de muerte, por ejemplo, prolapso del cordón umbilical. La rapidez con que se puede practicar y su inocuidad autorizan esta intervención, contando naturalmente con obtener un niño vivo. En otro caso debe rechazarse en absoluto.

*Con la operación cesárea* es indudable que se obtienen buenos resultados, pero no se olvide que ésta es una operación grave, que sólo puede practicarse bien en las clínicas, y que en muchos casos la urgencia de hacerla es tan grande, que en los preparativos puede morir el niño. Además, no todos están tan familiarizados con su técnica, que se decidan en seguida por esta intervención. Es verdad que es fácil, yo no lo niego, pero esta operación es más de cirujano que de tocólogo. En ella se necesita la menor cantidad posible de conocimientos obstétricos. Basta con oir los latidos del feto, abrir el vientre, extraer el niño, suturar y cerrar, y si se quieren evitar molestias ulteriores, esterilizar la madre. Esto es todo. ¿Pero y las consecuencias son siempre tan inocentes? De hacer una sutura bien ó mal hecha, depende muchas veces la vida de la madre. En las clínicas, y por operadores ejercitados, se obtienen, claro está, buenos resultados. Leopold, en sus cesáreas, registra sólo el 8 por 100 de mortalidad. Olshausen ha hecho bajar esta cifra á 6,8 por 100. Zweifeld, en 55 cesáreas ha perdido sólo un caso, y Döderlein, en 31, dos; pero éstas son estadísticas de buenas clínicas y buenos operadores, pues en otras manos y con otros medios, es seguro que no se obtienen estos resultados; de aquí la necesidad de simplificar el método operatorio y los medios de llevarlo á cabo, y este ideal no lo realiza ninguna operación mejor que la *pubiotomía subcutánea*, pues ésta puede ser practicada fácilmente en casa de la enferma, y la técnica es tan sencilla que cualquiera la aprende en seguida, aunque sea la primera vez que se dispone á hacerlo. Precisamente en nuestro país, por la aversión que las enfermas tienen en acudir á las clínicas y centros hospitalarios, esto es de más importancia, puesto que con esta operación no necesitan las enfermas moverse de su casa para ser operadas.

Además, en esta operación (la cesárea) hay que contar con los

partos sucesivos. Es sabido de todos que después de practicada quedan con mucha frecuencia adherencias con la pared abdominal, que dificultan grandemente intervenciones ulteriores. Además, la cicatriz del útero, después de una operación cesárea, no es tan resistente que en un parto ulterior dé una garantía seria de que no pueda romperse el útero. De esto hay publicados muchos casos, y yo recuerdo uno muy instructivo de Martín. El peligro de la hemorragia y de la infección no hay por qué decir que son mucho mayores en la operación cesárea que en la pubiotomía subcutánea; en esto están conformes todos los autores, y que la mortalidad de ésta es mucho menor que la de aquélla no hay tampoco por qué ponerlo de manifiesto.

En cuanto á la *perforación*, no puede tampoco ser suprimida, digan lo que quieran Weit y Pinard, ni de las clínicas ni de la práctica privada; siempre habrá casos en que esté indicada; pero que la pubiotomía la puede reducir considerablemente no hay quien lo ponga en duda. La manera de realizar esto no es otra que la de intervenir á tiempo y de educar á las comadronas en las prácticas de la asepsia. En esto no estamos nosotros peor (aunque estamos mal) que los demás países. Schanta, en Viena, lleva esto á tal término, que mujer que haya sido reconocida en la calle no la opera, y prefiere perforar el niño vivo. En mujeres infectadas, la intervención da un mal pronóstico, y aunque este proceder de Schanta sea exagerado, tiene justificación en lo que él ha visto en su clínica, que ha sido mucho, pues la Maternidad del Hospital General de Viena es la que tiene mayor material en número de partos.

*El parto prematuro artificial* no será tampoco desterrado por la pubiotomía, y los partidarios de él (que son ya muy pocos) le seguirán practicando. El representante más autorizado que hay en Alemania de este proceder es Leopold. Los demás lo han abandonado ó van poco á poco abandonándolo. Al aparecer la pubiotomía subcutánea, se ha querido combinar este método con esta operación, y quedar reducida la operación cesárea á su más mínima expresión; los representantes de este modo de proceder han sido Reeb en Strasburgo, y Dührssen en Berlín, quienes dicen que, no dejando crecer al niño, siempre habrá más facilidad de extraerle por una pelvis que tenga un conjugado verdadero de menos de siete centímetros. Este último quiere combinar su operación cesárea vaginal con el parto prematuro, y dice que en las eclámpsicas, sobre todo, este proceder es indispensable.

Estas ideas, demasiado intervencionistas, han sido acogidas por los demás operadores con marcado desdén.

Y vamos para terminar á ocuparnos brevemente de las ventajas que tiene la *pubiotomía subcutánea* sobre la sinfisiotomía.

Muchas de éstas han sido ya enumeradas en los distintos puntos que hemos tocado al hacer esta exposición, principalmente en la parte histórica y en las indicaciones; por eso *no* hemos de hacerlo aquí con gran extensión.

En Alemania el único representante que tenía la sinfisiotomía en estos últimos tiempos, Zweifeld, se ha dado por convencido, y aunque por no ceder completamente practica actualmente la sinfisiotomía subcutánea, es fácil que hará la última concesión y se pasará por completo á la pubiotomía. En Francia, sea porque el movimiento en favor de esta operación haya venido de Alemania, ó sea por otras causas, la pubiotomía se abre poco paso. Yo no he podido encontrar (aunque tal vez haya más) más que *tres casos*. Uno que presentó Bar á la Sociedad de Partos de París. Otro de Porak, en que tuvo una rasgadura vaginal y no quedó satisfecho de esta operación, y otro de Macé.

De modo que en Francia hasta ahora parece preferirse la operación cesárea y la sinfisiotomía. De la primera ya me he ocupado y no he de insistir sobre ello. En cuanto á la sinfisiotomía, el que haya seguido con alguna atención lo que he expuesto, no podrá menos de haber notado las grandes ventajas que tiene la pubiotomía subcutánea sobre ella. La literatura francesa está llena de datos y estadísticas acerca de esta operación, que muchos de los que están en esta Academia pueden exponer mejor que yo. Como mi intención no ha sido hablar de la sinfisiotomía, sino de pubiotomía, no quiero más que mencionar los peligros é inconvenientes que la sinfisiotomía tiene, y por lo cual ha sido abandonada por muchos. Estas, que ya he indicado muchas de ellas, se refieren á la frecuencia de la infección, de las rasgaduras de vejiga, uretra, vagina y periné, de la hemorragia, trombosis y embolia, de los peligros de seccionar una articulación y los trastornos de la locomoción, de las adherencias para los partos siguientes, y de la larga convalecencia, de la dificultad de la técnica, de ser operación propia de clínica, etc., etc.

Por todo esto creo que la *pubiotomía subcutánea* representa un progreso y ha ensanchado el campo de las operaciones obstétricas, y por eso me ha parecido oportuno ocuparme en la Academia de este punto, al que tanta atención le conceden actualmente los tocólogos de todos los países.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Cirugía del aparato digestivo.

**Tratamiento de la dilatación aguda del estómago**, por Lewis A. Conner. (*The Am. J. of the med. sc.*, Marzo 1907.)

La dilatación aguda del estómago, que á veces se produce después de una operación ó en el curso de una enfermedad grave, se traduce por un conjunto de síntomas que pueden agravarse hasta la muerte.

Conner estudia, sobre todo, la dilatación post-operatoria que se produce á causa de la estrangulación del duodeno por el mesenterio. Fuera de las intervenciones operatorias graves, puede observarse en el curso ó la convalecencia de enfermedades también graves, como pneumonías ó tuberculosis miliar y después de traumatismos ó excesos de régimen en ciertas condiciones.

Los síntomas son los de una estrangulación interna seguida de colapso, con dilatación enorme del estómago.

La eficacia del tratamiento depende de la precocidad de la intervención; pero es de escasos resultados cuando el enfermo está en estado de postración extrema. La primera indicación es vaciar por completo el estómago por medio del lavado del mismo, lo que no siempre es fácil. El tubo debe llegar á la parte más alejada del estómago, colocando al enfermo en aptitudes que faciliten las maniobras. Se repite la operación varias veces durante las veinticuatro horas, suprimiéndole todo alimento y bebida.

Las lavativas de agua salada ó las inyecciones subcutáneas de suero reemplazan las pérdidas líquidas, pudiendo también recurrirse á la alimentación rectal.

En gran número de casos este tratamiento basta para lograr la curación gradual; pero es necesario pensar que la obstrucción puede estar en el duodeno, y entonces no bastará el empleo del lavado gástrico.

En un caso de Schmitzlew, la curación se obtuvo haciendo acostar el enfermo varias horas sobre el vientre. En el de Baumler, tuvo lugar poniéndole en posición genu-pectoral un cuarto de hora cada dos horas, y lo demás del tiempo acostado sobre el vientre. Otros autores relatan casos análogos; por lo que es un tratamiento que debe ensayarse antes de emplear ningún otro capaz de remediar una constricción del duodeno por el mesenterio.

El tratamiento operatorio ha sido también ensayado en algunos casos. Siete veces el estómago fué abierto y evacuado, pero no curó ningún enfermo. La gastro-enterostomía ha sido hecha dos veces con éxito. Muy poco resultado dió en un caso el quitar sólo la estrangulación. Pero la gastro-enterostomía es, aun en este caso, operación discutible y no debe ser ejecutada más que como último recurso.

---

**El lavado preoperatorio del estómago en las hernias estranguladas y las oclusiones intestinales,** por R. Bonneau. (*Revue de Pathologie comparée*, Febrero 1907.)

Las observaciones de muerte por gran vómito asfixiante no son raras en el curso de la hernia estrangulada, de la oclusión intestinal y la peritonitis generalizada. Generalmente es al comienzo de la anestesia cuando se produce, por lo cual Bonneau cree útil insistir sobre la conveniencia de lavar el estómago inmediatamente antes de ella al intervenir estas dolencias.

La razón es que hay allí detención de materiales; toda la parte del canal alimenticio, situada por encima del obstáculo, se llena de líquido procedente de la hipersecreción y de la fermentación de los residuos alimenticios; el enfermo se alivia rápidamente por vómitos muy copiosos; pero si entonces es sometido á la anestesia general, está expuesto á ellos con amenaza de asfixia por penetración de estos líquidos en las vías respiratorias; vómitos tanto más fáciles de producirse, cuanto que el tubo digestivo está animado de movimientos antiperistálticos.

La única manera de evitar estos accidentes, siempre graves, es practicar sistemáticamente el lavado del estómago antes de comenzar la anestesia.

Para ello, estando el enfermo sentado á medias en el lecho, un ayudante, dice, le da el tubo Faucher, que debe tragar con rapidez; en cuanto su extremidad ha penetrado en el estómago, el embudo se llena solo del líquido contenido en el estómago y el sifón queda establecido, por lo que es raro estar obligado á poner en el embudo medio litro de agua tibia para poder hacer la aspiración. Se evacua así el contenido gástrico, que suele ser de uno á tres litros, y cuando no sale más líquido, se introduce por la sonda un poco de agua, que se vuelve á extraer, para lavar el estómago. Se espera aún unos minutos, continua diciendo, y se ruega al enfermo hacer esfuerzos ó toser; con frecuencia es expulsada entonces cierta cantidad de líquido, impulsada por los movimientos antiperistálticos que provocan. Se retira el tubo, se hace enjuagar la boca con un antiséptico ligero y se puede dar comienzo á la anestesia.

---

**Tratamiento de las adherencias gástricas y pilóricas**, por W. Abbott. (*Saint Paul Med. J.*, Marzo 1907.)

Se ha concedido poca importancia á las adherencias gástricas y pilóricas en la patología del estómago. Abbott cita varios casos observados por él, que se manifestaron por trastornos gástricos muy serios. Las adherencias son más frecuentes de lo que se cree, pues Robson las ha hallado en el 5 por 100 de los sujetos autopsiados.

El dolor epigástrico, las náuseas, los vómitos y la dilatación del estómago pueden ser debidos á adherencias que impiden los movimientos del estómago. Casi siempre son originadas por úlceras gástricas situadas en la cara anterior; pero se las ha observado también en sujetos que no habían presentado ningún síntoma serio anterior. La peritonitis generalizada determina adherencias que son poco sólidas y poco densas. Las adherencias se manifiestan generalmente por dolor, que se aumenta después del ejercicio ó en la estación vertical.

Dada la naturaleza de la lesión, se concibe que el tratamiento interno aporte poco alivio, y que no se pueda esperar la curación del empleo de medicamentos ni de un régimen especial. Los casos con síntomas de úlcera que no ceden al tratamiento ordinario, no deben ser tratados como de dispepsia nerviosa, sino que está indicado hacer una laparotomía exploradora para averiguar la existencia de posibles adherencias; si en lugar de ellas se halla una úlcera, se la trata conforme á la regla general.

Robson se ha preguntado si las adherencias operadas no eran susceptibles de reproducirse; colocando los enfermos en posición casi sentada después de la operación, se obtiene la curación en la mayoría de los casos, fórmense ó no las adherencias. Cuando se reproducen son menos sólidas y bastante laxas para no dificultar la función del órgano sobre el cual se desenvuelven.

En resumen: muchos casos de dispepsia llamada histérica ó nerviosa son debidos á adherencias del estómago y del píloro, y en todos los enfermos en que se opera una úlcera, una obstrucción del píloro ó una afección de la vesícula biliar, es necesario considerar la operación como incompleta si no se tiene cuidado de suprimir las adherencias que pueden existir.

---

**Tratamiento de las supuraciones retroperitoneales de origen apendicular**, por P. Cavaillon y A. Chabanon. (*La Province médicale*, 16 Marzo 1907.)

Es necesario intervenir, porque la mortalidad es muy considerable en los casos no tratados.

Rechazan la vía transperitoneal para los abscesos retro-cólicos

por exponer á la contaminación de la serosa, y prefieren atacar la colección por la vía lumbar.

Puede hacerse una incisión análoga á la de la nefrotomía, prolongándola hacia adelante á lo largo del borde superior de la cresta ilíaca, con lo cual se llegará al tejido celular peritoneal retro-mesocólico; esta incisión permite el drenado en buena posición, y se podrá completar la intervención quitando el apéndice; la incisión de la hoja serosa parietal posterior, el despegamiento del colon ascendente y del ciego, permitirán alcanzar el apéndice sin entrar en la cavidad peritoneal.

Los abscesos subfrénicos retroperitoneales son igualmente abordados por vía posterior, según las indicaciones de Lejars. En los casos en que estén colocados muy altos, se podrá utilizar la vía transdiafragmática subpleural. Estando sana la pleura, la vía transpleural debe ser rechazada; si, por el contrario, hay pleuresía purulenta, se incindirá la pleura y después el diafragma para colocar un drenado en el espacio subfrénico, siendo después necesario drenar también por la vía inferior en el punto declive de la zona despegable.

El tratamiento quirúrgico de las adenopatías es más complicado: en teoría, sería preferible abordar las retro-peritoneales por la vía posterior; pero las dudas de que suele estar lleno el diagnóstico, y con más frecuencia aún, el estar ya hecha la laparotomía cuando se aprecian ó confirman, son las razones por las que se utiliza la vía intraperitoneal. La ablación de los ganglios no está indicada más que en presencia de adenitis muy voluminosas ó supuradas; no se podría quitar todos los ganglios infartados alrededor del apéndice; sólo cuando la adenopatía se convierte en síntoma predominante interesa tratarla. Quitados los ganglios después de la incisión de la hoja parietal, se hace la hemostasia, se drena por la vía lumbar y se cierra la cavidad peritoneal.

En cuanto á las infecciones venosas, están por encima de los recursos de la terapéutica.

---

**Tratamiento operatorio de la hernia inguinal por cura radical, sin extirpación del saco,** por Paul Delbet. (*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale*, núm. 9, 1 Mayo 1907.)

Una hernia inguinal externa comprende tres partes: una víscera que franquea la pared, una prolongación del peritoneo ó saco que la víscera rechaza delante de ella en dedo de guante, y un orificio colocado en el punto débil de la pared, y por el cual salen la víscera y el saco.

Todos los procedimientos modernos de cura radical tienen por objeto descubrir los orificios herniario y del saco; abrir éste, liberar

y reducir los órganos herniados, disecar y resecar el saco, y por último, rehacer la pared.

De estos tiempos, los tres primeros tienen utilidad incontestable, y no podrían ser abandonados. El *descubrimiento del orificio herniario y del saco* por incisión se impone, y no hay cirujano que quiera emplear los métodos ciegos de suturas subcutáneas, cuyo menor defecto es colocar el hilo bastante lejos del cuello del saco para dejar un motivo de recidiva. *La abertura del saco*, temida antes del período antiséptico, y hoy sin peligro, es indispensable, porque el contenido del saco puede estar alterado y sería una falta reducirle así; además, el contenido en las hernias antiguas es con frecuencia adherente, lo que haría ilusorias las maniobras de reducción sin abertura del saco, y expondría á acodaduras, torsiones y aun vólvulus.

*La disección y resección del saco,* cuarto tiempo, me parece, por el contrario, maniobra llena de inconvenientes y sin utilidad (cuando menos en las hernias inguinales voluminosas).

Se repite que la cura radical de la hernia es una de las operaciones que permite juzgar mejor de la perfección de la asepsia de un servicio, pues sus heridas supuran con frecuencia por asepsia insuficiente. La frecuencia de la supuración es un hecho cierto; pero ¿es la consecuencia de deficiencias de la asepsia? Se puede dudar de ello cuando en el mismo servicio se ve supurar las hernias y curar sin incidencia las laparotomías más difíciles. He operado antes muchas hernias, y algunas no curaron sin supurar; incriminé primero al enfermero y á esterilización insuficiente de los instrumentos; la hice yo mismo, y fueron los resultados sensiblemente iguales. Pensé en el catgut y las manos; compré catgut irreprochable y operé todas con guantes; disminuyeron las supuraciones, pero no cesaron. Noté entonces que las heridas de cura radical limpias, sin despegamiento ni anfractuosidades, sin exudado sanguíneo consecutivo, curaban con facilidad por primera intención, en tanto que las irregulares, anfractuosas y exudativas supuraban. Desde hace mucho tiempo se sabe que la serosidad que sale de las heridas es excelente medio de cultivo microbiano, favoreciendo además la estancación su desarrollo; de otra parte, la asepsia absoluta es un mito, y la manipulación misma del intestino mancha los dedos y favorece el acceso microbiano al intestino.

Ante la imposibilidad de realizar la asepsia absoluta, es necesario suprimir los espacios muertos y las superficies exudativas.

Lo hace difícil la disección del saco. Cuando se opera una hernia algo voluminosa, hay que separar el saco de las partes vecinas, para lo que es necesario dislacerar el tejido celular, con lo que arteriolas y venillas exudan en sábana sin poder impedirlo. La disec-

ción del cordón es siempre bastante penosa y prolonga la operación; las venas tortuosas y blandas se desgarran y vierten sangre, lo que obliga á ligar.

La resección del saco, de otra parte, no se impone; el fin á alcanzar de la cura radical es la reintegración de las vísceras al abdomen y su mantenimiento allí; y no es el saco el que deja salir las vísceras, sino su cuello. Basta, pues, para realizar la contención, resecarle y reconstituir con ligadura y sutura la pared abdominal continua y sin depresión, al nivel del punto que ocupaba el cuello.

He aquí cómo hace dos años realizo este desiderátum:

Después de haber incindido las capas superficiales y haber hendido la pared anterior del trayecto inguinal, según el procedimiento clásico de Bassini, aíslo y levanto rápidamente todo el contenido del trayecto; hiendo la fibrosa común, cojo el saco en su travesía inguinal, le miro, le abro en su parte inguinal por incisión longitudinal, le exploro, libero las vísceras, y si hay lugar, las reintegro en el abdomen y las mantengo por una compresa esterilizada puesta en la parte del saco entre la incisión y el cuello.

Aíslo entonces circunferencialmente sólo unos tres centímetros la porción superior del saco así distendido, aislamiento fácil por la poca adherencia general de los elementos del cordón en ese punto; continúo la disección hasta el cuello y peritoneo parietal; se pasa un catgut fuerte bajo el saco y ligado al nivel donde se desprende del peritoneo parietal, y se anuda según la técnica de Doyen, fácil y muy segura. Después de estar cierto de que el plano peritoneal está bien reconstituído, y que no hay ningún infundíbulum capaz de motivar la recidiva, secciono el saco no lejos de la ligadura, y reclino pura y simplemente la parte subyacente á la sección fuera del trayecto inguinal, no reseco más que dos ó tres centímetros de este saco, y abandono *in situ* su parte inferior. Después se reconstituye la pared, según el procedimiento de Basini, y se sutura la piel con crin.

El proceder es rápido, porque evita el tiempo siempre minucioso y largo de la disección del saco; y es seguro, porque evita destrozos extensos, con lo que la reparación es fácil y rápida.

La recidiva no es más de temer que en el procedimiento clásico; la pared abdominal, sola verdadera envoltura de las vísceras abdominales, es reconstituída, el trayecto inguinal cerrado, con lo que encontrará ante sí para salir dos barreras como un intestino normal en un sujeto normal. Evito los despegamientos extensos, de donde la ausencia de madrigueras; es raro que ningún vaso importante sea alcanzado, y la operación se termina sin hacer así ligaduras.

En cuanto al saco, podría temerse que se llenara de líquido y se

hiciera quístico; pero la experiencia demuestra que no sucede así. He operado de este modo seis hernias inguinales voluminosas, y todas han curado completamente de un modo notable por su sencillez.

DR. R. LUIS Y YAGÜE

## Ginecología.

**Utilización de los ligamentos anchos en el prolapso completo del útero, en la histeromiomectomía y en la anexiectomía,** por E. C. Dudley. (*The Journal of the American medical Association*, núm. 20.)

El nuevo procedimiento operatorio para la cura del prolapso uterino, propuesto y practicado hace algunos años por el Dr. Dudley, de Chicago, se basa en el concepto racional que el autor tiene del mecanismo del prolapso, y que conviene conocer.

Es un hecho admitido por todos los ginecólogos que la posición normal del útero es en anteversión movible con cierto grado de anteflexión; es decir, que colocado el órgano cruzando transversalmente la pelvis, su fondo se dirige hacia adelante y arriba, en tanto que el cuello está dirigido hacia atrás y abajo, de donde resulta que forma el eje mayor uterino un ángulo agudo con el eje del conducto vaginal, el cual se extiende oblicuamente de la vulva hacia la concavidad del sacro. Dado este ángulo agudo entre el eje del útero y el de la vagina, si el primero desciende, lo hará siempre á través del conducto vaginal; ó lo que es lo mismo: para que se verifique el descenso uterino es preciso que coincidan los dos ejes. Consecuencia práctica de este hecho: que si queremos restablecer la normalidad en los casos de prolapso, deberemos tender á que el ángulo agudo normal entre los dos ejes sea el resultado de nuestra intervención.

La demostración de que no es otro el mecanismo del prolapso, la tenemos en lo que ocurre durante el parto: entonces vemos que la pared anterior de la vagina desciende y se acorta á medida que el feto avanza, llegando en algunos casos durante la expulsión á asomar en la vulva y por detrás de la uretra el labio anterior del cuello, lo que supone una distensión de los ligamentos útero-sacros, que en estado normal fijan el cuello y la extremidad superior de la vagina hacia la concavidad del sacro.

Cuando de este modo se altera la función de estos ligamentos y se desvía hacia delante la extremidad superior de la vagina, el útero, que encuentra espacio suficiente entre él mismo y la concavidad del sacro, puede caer hacia atrás en retroversión, colocando su propio eje en continuación con el de la vagina. Si la involución no se verifica de modo normal por no adquirir los tejidos la tonicidad necesaria, ó si existe una rasgadura perineal, el útero permanecerá incarcerado bajo el promontorio, y entonces el descenso es progresi-

ve, porque va acompañado del descenso de todo el suelo pelviano, asemejándose este mecanismo del prolapso al de las hernias.

En este sentido, puede ser eficaz el acortamiento de los ligamentos útero-sacros para llevar hacia atrás y arriba el cuello uterino y el acortamiento de los ligamentos redondos para llevar hacia delante el fondo del útero; pero este procedimiento, que puede bastar cuando sólo se trata de una versión ó de una flexión, es ineficaz en los casos de prolapso, aunque á dichas operaciones se asocie la colporrafia para estrechar la vagina.

En su consecuencia, propone el Dr. Dudley, á más de la escisión del cistocele, ó sin ella, la aproximación de los ligamentos anchos y sutura de los bordes seccionados como medio seguro para sostener en posición al útero, cuando se ha practicado la histerectomía; y su aproximación cruenta después de despegar la vejiga, cuando se respeta el útero, pero aprovechando para la reunión los tejidos del parametrio.

Las ventajas de este procedimiento las resume el autor del modo siguiente:

1.° Los ligamentos anchos anatómicamente ocupan el puesto del útero cuando éste es extirpado, y forman hacia atrás una fosa como el saco de Douglas y hacia delante una depresión que corresponde al fondo de saco vésico-uterino, conformándose de este modo á la anatomía normal.

2.° Así unidos los ligamentos anchos á los tejidos adyacentes, suspenden y sirven de sostén al recto, á la vejiga, á la vagina y demás partes del suelo pelviano, evitando el descenso de estos órganos, tan frecuente con los métodos ordinarios de histerectomía.

3.° Al ocupar el sitio del útero después de la histerectomía total, los ligamentos anchos suturados impiden la unión de la vejiga y el recto, y, por lo tanto, la posibilidad de una infección, tan fácil de uno á otro órgano.

4.° La operación se ejecuta más fácil y prontamente con el método de Dudley, es decir, por aplicación cruenta, que con la sutura transversal de los ligamentos seccionados.

5.° Hay menor traumatismo intraperitoneal, y por consiguiente menos motivos de sepsis, adherencias y hemorragias secundarias.

6.° La mortalidad de la operación, según la estadística de cuatro años presentada por el autor, no pasa del 1 por 100.

---

**Tratamiento de la placenta previa en la práctica particular**, por Füth. (*Zentr. für Gyn.*, núm. 12, 1907.)

El autor se declara partidario de la provocación rápida del parto en cuanto se haga el diagnóstico de placenta previa.

Según una estadística que comprende 726 casos, recogidos en la

ciudad de Koblenz de la práctica de médicos y comadronas, resulta que la mayor mortalidad se observó en aquellas embarazadas que fueron sometidas al tratamiento espéctante por medio de la quietud y el taponamiento. El Dr. Füth dice que esta práctica, posible en una maternidad, es, en cambio, peligrosa en la clientela particular, por las dificultades que encuentra el médico para vigilar constantemente á la embarazada que es víctima de este terrible accidente. En diez casos intervino siempre, provocando rápidamente el parto, y logró salvar á las madres.

En el espacio de un año hemos podido nosotros observar dos casos de placenta previa, total ó centro por centro la una, y parcial ó incompleta la otra; ambas señoras eran pluríparas, y en las dos se había empleado el taponamiento al declararse la primera hemorragia. Llamados en consulta, y admitido nuestro dictamen, procedimos á la provocación del parto bajo la anestesia clorofórmica, practicando la dilatación manual del cuello con facilidad, desprendiendo el segmento placentario del lado izquierdo, por tratarse de presentación de vértice en O. D., perforando las membranas en punto elevado, y verificando rápidamente la versión. En ambos casos logramos salvar, no sólo á las madres, sino á los hijos, varón el de la primera y hembra la de la segunda.

Para nosotros es, pues, muy atinado el consejo del Dr. Füth, en vez de perder el tiempo con taponamientos, que no siempre provocan las contracciones uterinas aceleradoras del parto, y que nunca sirven para evitar la repetición de las hemorragias, á consecuencia de las cuales sucumbe el feto y corre gran peligro la vida de la madre.

---

**Tuberculosis y embarazo**, por E. Herrmann. (*Gynækologische Rundschau*, 10 Heft., 1907.)

Es un hecho comprobado que toda mujer tuberculosa que se hace embarazada empeora en su enfermedad. Según la observación de Lichtenstein, las tuberculosis que en estado ordinario llevan un curso lento se agudizan durante el embarazo; por eso se impone, como medida profiláctica, á toda mujer tuberculosa, evitar la concepción, cuando no se ha podido evitar el matrimonio. Una vez embarazada, sólo hallará probabilidades de curación de su tuberculosis en la interrupción del embarazo; pero las indicaciones para provocar el aborto en estos casos son aún muy discutidas, y por eso Veit propuso, hace algunos años, basar aquéllas en las diferencias de nutrición que acusara el método de las pesadas. Para determinar las variaciones en el peso del cuerpo, Veit aconseja el procedimiento siguiente: anotar el peso á la primera visita; hecho lo cual, toma la

embarazada 30 gramos de aceite de ricino, y después de vaciados los intestinos y la vejiga, se vuelve á pesar al día siguiente en ayunas. Entonces puede comer y beber lo que quiera, evitando todo trabajo penoso.

Pasados ocho días, y una vez vaciados intestinos y vejiga, sin purgarse, se la vuelve á pesar en ayunas. Al noveno día toma de nuevo aceite de ricino, y, conseguido el efecto, se la pesa otra vez, comparando este peso con el del primer día.

De este modo halló Veit tres categorías de casos:

*a*) Las mujeres tuberculosas que tenían un regular y marcado aumento de peso llevaron bien la gestación.

*b*) Las que acusaban una disminución manifiesta en su peso las consideraba perdidas, porque abortaban espontáneamente ó morían muy pronto después del parto.

*c*) Existe una tercera categoría, ó sea la de aquellas embarazadas que experimentan un curso irregular en el peso, pues durante algún tiempo quedan estacionarias, luego aumentan un poco y por último disminuyen de peso. Estos casos, según Veit, son los que suministran las indicaciones para la curación por el aborto artificial. No es la tuberculosis, sino el estado de la embarazada, lo que pone en claro las indicaciones.

---

**Contribución á la cloronarcosis en Obstetricia**, por Vallerani.
(*Annali di Ostetricia é Ginecologia*, Milán, núm. 4, 1907.)

En este trabajo, basado en 1.178 historias clínicas del Instituto Obstétrico-Ginecológico de Turín, estudia el Dr. Vallerani los efectos del cloroformo sobre el estómago, sobre el riñón, sobre el pulmón, sobre el curso del puerperio con relación á los loquios, á la involución uterina, á la subida de leche, y aun se ocupa de los efectos tardíos de la narcosis sobre el feto en los primeros días de la vida extrauterina.

No hemos de seguir al autor en todos los detalles, pero sí hemos de consignar que, de acuerdo en un todo con lo observado en nuestra práctica, la cloronarcosis en tantos casos no ha producido graves incidentes, ni una sola muerte, presentando, por el contrario, la mujer embarazada una resistencia y una tolerancia para el cloroformo verdaderamente excepcionales.

Sólo en 11 casos hubo retardo en la subida de la leche, que varió de veinticuatro horas á siete días, no habiéndose presentado dicha secreción en tres mujeres que ya habían lactado en partos anteriores.

Las conclusiones que de su minucioso trabajo deduce el Dr. Vallerani, y que suscribimos en un todo, son éstas:

1.ª La anestesia se impone en la mayor parte de las operaciones obstétricas, por ser con frecuencia la condición absoluta para el buen éxito de una intervención rápidamente ejecutada y técnicamente bien hecha.

2.ª La anestesia con morfina y cloroformo puro está exenta de inconvenientes y da buenos resultados.

3.ª Si el cloroformo es bien administrado, la parturiente sana gozará de una inmunidad real, aunque no absoluta, contra los accidentes de la narcosis.

4.ª El cloroformo no predispone á las hemorragias después del alumbramiento.

5.ª La albuminuria y los desórdenes pulmonares provocados por el cloroformo son las más de las veces pasajeros y no deben preocuparnos.

6.ª El cloroformo á pequeñas dosis no ejerce ninguna acción desfavorable sobre la involución uterina y sobre los loquios; en grandes dosis puede producir un retardo en la aparición de la secreción láctea.

7.ª La frecuencia é intensidad de la ictericia de los niños es mayor en los nacidos de mujer cloroformizada durante el parto; pero si la morbilidad fetal viene á ser un poco más frecuente, la mortalidad, en cambio, no aumenta.

DR. GUTIÉRREZ

## Laringología.

**Estudio de la inervación vaso-motriz de la laringe**, por el Dr. Broeckaert. (*La Presse oto-laryngologique belge*, núm. 4, 1907.)

La influencia vaso-motriz del simpático sobre la circulación laríngea ha sido poco estudiada. Broeckaert, en el trabajo que reseñamos, ha hecho una serie de experiencias que le permiten afirmar que el aparato vaso-motor de la laringe está bajo la dependencia del simpático. Este nervio obra sobre la circulación de la laringe como dilatador y constrictor de los vasos; las fibras vaso-dilatadoras no pueden ser demostradas más que acompañando al laríngeo superior, pues la excitación de su cabo periférico produce vaso-dilatación de la mucosa, de los aritenoides y de la epiglotis.

La excitación del tronco del simpático, del recurrente y de los vasos laríngeos determina, en cualquier nivel que sea, uno vaso-constricción, lo cual demuestra que esta acción predomina sobre la vaso-dilatación, cuya existencia es probable, pero todavía no demostrada.

**Inervación vaso-motriz de la laringe**, por E. Hedon. (*Arch. inter. de laryngol.*, núm. 1 de 1907.)

Las conclusiones que establece el autor son las siguientes:

1.ª Los vasos de la mucosa de la laringe están sometidos á la acción del sistema nervioso, lo mismo que en las otras partes del cuerpo.

2.ª La mucosa laríngea recibe nervios vaso-constrictores y vaso-dilatadores. La sección de aquéllos no produce congestión pasiva de la mucosa; pero su excitación determina isquemia manifiesta.

3.ª Los vaso-constrictores están contenidos en el simpático cervical, cuya excitación determina vaso-constricción hemilaríngea del lado correspondiente.

4.ª Los vaso-constrictores en el perro salen de la medula con las primeras raíces, donde ganan el primer ganglio torácico: después el ganglio cervical inferior; luego pasan el tronco vaso-simpático, y, por último, llegan al nivel de la emergencia del nervio laríngeo superior, en el que penetran para distribuirse en la laringe.

5.ª Además de las fibras vaso-constrictoras, el laríngeo superior contiene fibras vaso-dilatadoras y fibras secretorias. Si se excita su cabo periférico, predomina su acción de vaso-dilatación y provoca la congestión de la mucosa epiglótica y aritenoídea del lado excitado, y á veces de los dos lados. El origen de estas fibras no está dilucidado.

6.ª La excitación de un nervio de la sensibilidad general provoca una vaso-dilatación refleja en la laringe.

7.ª La excitación del cabo central de un pneumogástrico, cortado en el tórax por debajo de su unión con el simpático, provoca en el perro una vaso-dilatación refleja de la laringe. La excitación del vago-simpático por encima de este punto produce, al contrario, la vaso-constricción, porque aquí predomina esta acción del simpático.

8.ª Es probable que los pequeños vasos de la laringe estén sometidos á la acción de un sistema nervioso ganglionar periférico. Esto explicaría: *a*) la conservación del tonus vascular á pesar de la sección de los nervios laríngeos; *b*) la vaso-dilatación directa por excitación de un laríngeo superior; *c*) la vaso-dilatación local por irritación mecánica de la mucosa; *d*) la participación de la laringe en la vaso-dilatación buco-facial, determinada por una inyección intravenosa de nicotina.

---

**Algunas notas sobre el prolapso del ventrículo de Morgagni,** por S. Muller. (*Archiv für laryngolog.*, núm. 8, Bd. XVII.)

En este trabajo se encuentra un detallado estudio de la literatura internacional acerca de este asunto.

El autor clasifica los prolapsos en:

1.° Prolapso completo, ó sea la inversión del ventrículo (casos de Morell Mackenzie).

2.° Prolapso por tracción de un tumor.

3.° Pseudo-prolapso simulado por tumores quísticos ó mixomatosos.

4.° Prolapso parcial por *surmenage* de la voz.

5.° Tumefacción inflamatoria.

---

**Sífilis de la bifurcación de la tráquea,** por H. v. Schroetter. (*Monatsch. f. Ohrenheilkunde*, núm. 1, 1906.)

Antiguo enfermo sifilítico con disnea. Traqueoscopia directa; cocainización; posición sentado; tubo de 10 milímetros. En la pared posterior de la tráquea se encuentra una masa rojo-violácea, que estenosa en parte el bronquio derecho y el izquierdo. La pared anterior de la tráquea está ulcerada.

Tratamiento mercurial: Schroetter, en traqueoscopias sucesivas, ha podido ver la involución del proceso.

Este caso es análogo á otros de Novoshi, de Reinhard, y al que nosotros presentamos al Congreso de Lisboa.

---

**Un caso de intoxicación grave durante la cocainización de la tráquea en una enferma de bocio intra-traqueal,** por G. Frey. (*Annales des maladies de l'oreille*, núm. 8, 1907.).

Para hacer el examen traqueoscópico directo, se anestesió con solución de cocaína al 10 por 100, produciéndose el terrible cuadro de la intoxicación cocaínica grave (convulsiones tónicas y clónicas, dilatación pupilar, pulso impalpable y frecuente, pérdida de conocimiento, etc.). Afortunadamente, no llegó á producirse la muerte.

El autor recorre la literatura en lo que á esto atañe, y demuestra que estos casos no son infrecuentes. Por regla general, en las aplicaciones típicas no se sabe la cantidad que se administra; sin embargo, es evidente que la tolerancia para la cocaína varía mucho de un individuo á otro, y de una á otra región en que se aplique.

---

**Tratamiento de la otitis media supurada por el método de Bier,** por Heischmann. (*Monatsch. für Ohrenheilkunde*, núm. 5, 1906.)

El método de Bier pide reflexión en su empleo, puesto que fiándose en él se corre el riesgo de que pase el momento de una intervención oportuna; además, puede transformar en latente una forma clara, induciendo á una temporización que puede ser funesta. De nueve casos de otitis media no complicada, han curado seis en diez á veinticinco días: tres tuvieron que ser intervenidos. En dos casos de otitis media crónica con mastoiditis, no hizo efecto alguno. En otros dos casos, los fenómenos se aminoraron mucho. En las mastoiditis, sólo ha dado resultado una vez.

DR. A. G. TAPIA

## Ósteo-artropatías y cirugía ortopédica.

**Enorme encondroma costal en un sujeto exostósico. Consideraciones operatorias y patogénicas,** por Gangolphe y Gabourd.

CONCLUSIONES.—1.ª *Las exostosis osteogénicas propiamente dichas son esencialmente hereditarias*, siendo éste uno de los caracteres importantes que permiten diferenciarlas de las que sobrevienen fuera del período de crecimiento, es decir, de las exostosis inflamatorias y nerviosas.

2.ª *Los condromas puros sobrevienen con bastante frecuencia en sujetos que padecen exostosis*; estas dos especies de tumores del esqueleto guardan relaciones íntimas entre sí, habiéndolas visto aparecer reunidas ó alternativamente en las mismas familias y en sujetos que presentaban deformidades claramente congénitas. Tanto las exostosis como los condromas no son para nosotros afecciones, en el término propio de la palabra, sino *deformidades congénitas*, estados particulares del esqueleto de origen fetal.

3.ª *La causa de estos trastornos es desconocida*; las hipótesis de Conheim y de Wirchow no están comprobadas.

4.ª *Desde el punto de vista terapéutico*, si el cirujano debe ser muy reservado ante estos tumores siempre benignos, que pueden experimentar espontáneamente una regresión, ó por lo menos detenerse en su evolución al final del período de crecimiento, debe ser, al contrario, muy intervencionista ante los condromas, pues no deteniéndose nunca su crecimiento pueden provocar tumores enormes, sin olvidar las generalizaciones ó las metástasis que se han visto con bastante frecuencia. *La extirpación de los condromas debe ser precoz y completa*, pues las recidivas suelen ser ocasionadas por un fragmento de tumor que no se ha extirpado.

5.ª Si se trata de un condroma del tórax, no debe detenerse el

cirujano ante el temor de un pneumo-tórax operatorio; si se tiene cuidado de cerrar la brecha costal por medio de compresas y suturar en seguida la pared perfectamente, los accidentes pleuro-pulmonares suelen ser insignificantes. Sólo la invasión del diafragma será una contraindicación formal, pues su resección es muy peligrosa.

(*Revue d'Orthopédie*, Paris, 1907.)

---

**Fracturas espontáneas y raquitismo**, por el Dr. Feiss, de Cleveland.

Un niño de cuatro años es llevado á la clínica del Dr. Feiss, presentando todos los signos de un raquitismo generalizado muy marcado. Obtenida una radiografía, se aprecia la existencia de una fractura del tercio medio del cúbito derecho, y otras dos del húmero izquierdo.

Estas fracturas se habían producido espontáneamente y curado de la misma manera, sin ningún desplazamiento. Sería de desear que se obtuvieran radiografías sistemáticamente de todos los casos de raquitismo muy pronunciado, con el fin de descubrir estas fracturas, cuyos síntomas pasan con frecuencia desapercibidos.

(*The American Journal of Orthopedic Surgery.*)

---

**Afecciones de la cadera en el embarazo y el puerperio**, por el Dr. A. Silberstein.

Refiriéndose á cinco casos publicados por Paci, que les dió el nombre de coxitis puerperal, niega que se trate de una forma morbosa especial, admitiendo únicamente que el embarazo y el puerperio influyen desfavorablemente en el curso de estas afecciones. Esta influencia ha sido reconocida especialmente en el reumatismo agudo.

Cita un caso de coxitis tuberculosa en una embarazada, observado en la clínica del Dr. Hoffa, y otro de coxitis metastásica, originada por una infección puerperal, en la que hubo necesidad de practicar la resección de la cabeza femoral.

El autor termina afirmando que el tratamiento de las artritis en el embarazo y en el puerperio varía, como varía su etiología.

---

**El genu-valgum**, por el Dr. C. Ghillini.

El autor ha intentado producir el genu-valgum artificialmente en los animales, lesionando la parte externa del cartílago epifisario del fémur. Así se suspende la producción de hueso en el lado externo, mientras continúa en el interno.

Maas obtiene el genu-valgum de otra manera. Ejerciendo una presión longitudinal constante sobre la mitad externa de la rodilla,

no detuvo la producción ósea, pero impidió el alargamiento normal del hueso en el lado comprimido, favoreciendo una mayor expansión del lado no comprimido.

Maas se declaró, pues, partidario de la teoría mecánica de Hüter-Volkmann, y negó el origen funcional que sostiene Wolff.

Ghillini sostiene la teoría de la adaptación funcional con algunas modificaciones; en sus experimentos encontró un engrosamiento notable de las diáfisis femoral y tibial, que explica por la teoría de Wolff, es decir, del aumento de presión.

Aumentada la presión en las extremidades articulares, produce una disminución en la sustancia ósea (teoría Hüter-Volkmann).

*(Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie, XV.)*

---

**Enfermedad de Pott sin signos en el raquis y con trastornos nerviosos,** por el Dr. Alquier.

Se trata de un caso en el cual la espondilitis se desarrolla sin deformidad y sin otras manifestaciones en la columna vertebral; el diagnóstico es difícil; las neuralgias y la invasión de la medula son las que suelen poner sobre la pista para hacer el diagnóstico. Aconseja no se intervenga quirúrgicamente.

*(Gazette des Hôpitaux.)*

---

**Tres extirpaciones totales de ambas aponeurosis palmares por enfermedad de Dupuytren** (Comunicación al III Congreso de la Sociedad Ortopédica Italiana), por el Dr. E. Tricomi.

Describe varios casos de dicha enfermedad, tratados quirúrgicamente con notable éxito, toda vez que han recuperado en gran parte los movimientos. El masaje ha sido en todos ellos necesario, no sólo para dar más movilidad á los dedos, sino también para oponerse á la tendencia á la recidiva que todos tenían, á pesar de la extirpación total practicada.

En ninguno de los casos operados había antecedentes nerviosos, reumáticos ni sifilíticos.

Enumera las teorías existentes para explicar la ya citada enfermedad, que son: la traumática, gotosa, artrítica, diabética, la del saturnismo asociado al alcoholismo y ateromasia, la sifilítica y la neuro-trófica.

Ninguna es satisfactoria en absoluto.

A continuación enumera las diversas incisiones preconizadas por sus autores como las más indicadas para conseguir el resultado más satisfactorio posible. Afirma que el tratamiento quirúrgico es el único susceptible de éxito en esta clase de enfermedades.

---

**Nuevo procedimiento operatorio para evitar la recidiva en el tratamiento de los pies varo-equinos** (Comunicación al III Congreso de la Sociedad Ortopédica Italiana), por el Dr. Alberto D'Agostino.

CONCLUSIONES.—En la curación de los pies varo-equinos, se debe atender primero al varismo, y una vez vencido éste, al equinismo.

Si el tratamiento no se ha comenzado oportunamente y las simples manipulaciones de rectificación resultan insuficientes, se recurrirá al enderezamiento forzado, según los preceptos de Lorenz y Wolff.

Es preciso cerciorarse, mediante la radiografía, de que la cabeza del astrágalo se encuentra en su sitio normal.

En ciertos casos, cuando resulta imposible la rectificación incruenta, se practica la resección de la parte de la cabeza del astrágalo que impida el enderezamiento, llegando si es preciso á extirpar parte de los tejidos que se opongan á que el pie quede en posición normal, añadiendo la artrotomía del lado interno del pie para vencer el cavismo, y si lo requiriese el caso, el alargamiento ó acortamiento de tendones.

En los casos inveterados y en las recidivas, en los que las alteraciones óseas son de importancia, se debe practicar preferentemente la resección parcial de la cabeza del astrágalo, y la cuneiforme de base externa, de la extremidad anterior del calcáneo, tanto cuanto sea necesario para colocar el pie en posición normal, adaptando las partes esqueléticas.

En los casos inveterados y en las recidivas, ó bien en adultos en los que las articulaciones estén anquilosadas, existiendo retracciones de los tejidos, se debe practicar la tarsectomía cuneiforme externa, atacando el esqueleto del pie desde fuera y ligeramente de atrás á delante. La cuña, tallada de este modo, está constituída por el calcáneo, astrágalo, cuboides y escafoides.

(*Archivio di Ortopedia.*)

DR. JOSÉ DE PALACIOS Y OLMEDO

## Proctología.

**El permanganato de potasa en el tratamiento de la fisura de ano.**
(*La Semaine Médicale*, 8 Abril 1907.)

Hace algunos años el Dr. S. Lewis (de Brooklyn) aconsejó tratar las fisuras de ano por aplicaciones de una solución saturada de permanganato de potasa asociado al empleo de supositorios al sulfoictiolato de bismuto.

Habiéndolo ensayado el doctor ruso K. A. Schultz (de Brest-Litwsk), ha modificado la técnica del modo siguiente:

Nada de anestesia local ni general. El paciente se colocará en posición genu-pectoral, por ser la más á propósito, y hay que tener especial cuidado en investigar minuciosamente el número de fisuras que pueden existir, pues generalmente hay más de una, y hecho esto, con un pequeño tapón de algodón arrollado al extremo de una sonda acanalada, estilete ó porta-algodones, impregnada en una solución fuerte de permanganato de potasa, se toca toda la superficie de las úlceras, evitando hacerlo en la mucosa sana por la irritación que produce, y cuyos efectos desagradables pudieran ser nocivos, repitiendo la operación en los días sucesivos hasta obtener la curación.

Nada de supositorios ni medicación local; basta sólo instituir un régimen á propósito para evitar la constipación y hacer que las deposiciones sean semi-líquidas.

Bueno es tener en cuenta para las aplicaciones, que los sitios de preferencia en el hombre son en la mitad posterior de la circunferencia anal, y en la mujer la anterior en la mayoría de las veces.

En la estadística del Dr. M. Schultz, que es de 55 casos, en 6 casos era la fisura doble y en uno triple.

Todos terminaron por la curación, excepto uno en que estaba complicado con hemorroides.

La duración media del tratamiento es el de 11 sesiones, pudiendo llegar á 25 en los casos antiguos.

---

**Tratamiento no operatorio de las hemorroides.** (*La Medicina Científica.*)

El Dr. John Westlak aconseja lo siguiente:

En todos los casos hay que ser rigorista en el régimen, suprimiendo las especias, el vino, el aguardiente, la cerveza y el tabaco.

La alimentación debe componerse de carnes blancas, grasas y alimentos que dejen pocos residuos; las frutas son muy convenientes.

Si sobreviene congestión al hígado, se combate por las píldoras azules y los calomelanos. Los baños deben ser frecuentes, y siempre que el enfermo defeque, lavarse muy bien. Lavativas frías; si las hemorroides son trombosadas, se prescribirán las lociones con la solución de acetato de plomo. Para calmar el dolor y la inflamación, cataplasmas calientes. Los supositorios que recomienda el autor son los de resorcina, óxido de zinc y bálsamo del Perú.

Como tratamiento puramente médico, las inyecciones de solución fenicada en las mismas hemorroides. Los pacientes las soportan bien y curan, generalmente, pronto; pero la medalla tiene su reverso. El enfermo debe permanecer en la cama media hora después de haberse dado la inyección.

Dos ó tres inyecciones pueden efectuar la curación. La solución debe estar recientemente preparada, y se compone de 70 centigramos de ácido fénico, cuatro gramos de glicerina y otros tantos de agua. No debe, sin embargo, inyectarse esa solución cuando las hemorroides están inflamadas ó estranguladas. Se requiere gran limpieza en los instrumentos y en la región. De dos á cinco gotas son suficientes para los tumores pequeños, y de cinco á diez para los más voluminosos.

---

**Tratamiento por el agua fría de las hemorroides inflamadas.** (*L'Etoile Médicale.*)

El tratamiento por el agua fría del Dr. M. Halbhuber es fácil de ejecutar, y no impide las ocupaciones habituales. Consiste en hacer llegar, por medio de un tubo de goma que se enchufa en un grifo de fuente, un chorro de agua sobre las hemorroides durante dos ó tres minutos, y de repetir esa irrigación varias veces seguidas con intervalos de un cuarto de hora. Las sesiones deben hacerse por la mañana al levantarse y al irse á dormir. Después de cada lavado se aplica un tapón de guata mojado en agua fría, y del tamaño de una nuez, que se aplica sobre la región anal. También es conveniente después de cada afecación.

Bajo la acción de este tratamiento, los enfermos se ponen bien en cuatro ó cinco días.

---

**Tratamiento de las estrecheces del recto.** (Trigésimosexto Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía. Berlín, 3 á 6 de Abril de 1907.)

En los casos graves de estrecheces del recto, es preciso hacer la colostomía y dejar el asa descendente abierta para poder someterla á lavajes y á la dilatación con una bujía sin fin. Las estrecheces suelen estar á 30 centímetros, pero las hay á mayor altura. El tratamiento médico no da ningún resultado; así que es preciso no acudir demasiado tarde á practicar la operación.—Dr. M. Clairmon (de Viena).

---

**La blenorragia rectal y sus complicaciones.** (*Semaine Médicale*, 1.° Mayo 1907.)

En la sesión del 30 de Abril de la Academia de Medicina de París el Dr. Fournier lee una Memoria de Brunswic-le-Bihan (de Turín), cuyas principales conclusiones extractamos á continuación:

Es una afección muy conocida entre la población musulmana.

La rectitis blenorrágica se presenta, por regla general, al contrario de como se describe teóricamente.

En lugar de hallarse la región anal y perineal inflamadas, exco-

riadas y bañadas de pus, no se encuentra exteriormente traza alguna, y para encontrarla es necesario practicar el tacto rectal.

El derrame no se asemeja en nada al de la blenorragia vulgar; es un pus negruzco, en el cual se halla fácilmente el gonococo mezclado á una flora microbiana compleja.

Las complicaciones son en número de tres: la peri-rectitis aguda, la peri-rectitis crónica, que constituye un rudo estrechamiento rectal, y la estenosis blenorrágica del recto.

En 33 de los casos recogidos por el Dr. M. Brunswic-le-Bihan, la peri-rectitis aguda simulaba un flemón isquio-rectal, sin síntoma alguno especial, no conteniendo apenas gonococos y multitud de colibacilos y microbios de los que habitualmente forman parte de la flora saprofítica del recto.

La peri-rectitis crónica, más rara que la precedente, es análoga á los procesos del tejido celular pelviano, y puede confundirse con un proceso sifilítico, pues forma una especie de virola consistente, dura y casi cartilaginosa, que rodea al recto formando un rodete en su cavidad, más ó menos saliente, que produce consecutivamente efectos funcionales de peso, sensación de cuerpo extraño, tenesmo, etc.

Finalmente, la verdadera gravedad de la blenorragia rectal consiste en la estenosis, que es análoga bajo todos los efectos á la sifilítica, á pesar de que dicha lesión venérea ha sido puesta en duda por algunos autores. El Dr. M. Brunswic-le-Bihan ha podido recoger una observación concluyente en un joven que en pleno tratamiento de una estrechez gonocócica contrajo la sífilis.

---

**Tratamiento de las hemorroides.** (Sociedad de Cirugía de Lyon. Sesión de 7 de Marzo de 1907.)

El Dr. M. Villard presenta una comunicación respecto al procedimiento de Witehead, modificada por él, para la cura sangrante de las hemorroides, cuya modificación consiste en hacer la extirpación únicamente submucosa, con lo cual se evita el encogimiento cicatricial consecutivo, tan frecuente en estas operaciones.

(*Revue de Chirurgie.* París, 1907.)

---

**Tratamiento de las hemorroides por las corrientes de alta frecuencia.** (Sociedad de Cirugía de Marsella.)

El Dr. Imbert relata la observación de dos enfermos hemorroidarios que, á consecuencia de repetidas hemorragias, su estado general era tan malo que contraindicaba toda intervención quirúrgica.

Empleadas las corrientes citadas, no solamente consiguió el doc-

tor Imbert que cesaran á la primera aplicación, sino que tuvo la satisfacción de que no se reprodujeran más, obteniendo la curación.

El autor recuerda que, independientemente de su acción descongestionante, las corrientes de alta frecuencia son también analgésicas y moderadoras de la excitabilidad de los nervios motores.

(*Revue de Chirurgie*. París, 1907.)

---

**El ictiol en las enfermedades del recto y ano.** (*Revue Gynécologique, Obstétricale et Pediatrique*, Marzo 1907.)

En un extenso artículo que publica esta revista se aconsejan los supositorios de ictiol y glicerina, asociando la cocaína, ortoformo adrenalina, etc., en las siguientes afecciones:

En las heridas del recto, sean por armas de fuego, cuerpos extraños, prácticas contra natura, etc.

En las rectitis agudas, crónicas ó específicas, sin perjuicio del tratamiento adecuado.

Las hemorroides internas ulceradas ó simplemente congestionadas, sean ó no procidentes.

También da brillantes resultados en la constipación y úlcera dolorosa del recto.

---

**El cáncer rectal como causa de distocia.** (*Wiener Klinische Rundschau.*)

El Dr. Julio Hochenegg refiere un caso de cáncer rectal desarrollado en el curso de un embarazo y de la distocia que dicho tumor ocasionó. Con este motivo insiste el autor en la frecuencia relativa de estos casos (puesto que él mismo ya ha observado seis) de combinación de cáncer rectal y de embarazo, y llama también la atención acerca de lo difícil que es en estas circunstancias establecer la indicación terapéutica, puesto que se hace preciso tener en cuenta las dos vidas, de la madre y del feto.

En este concepto cree el autor que cuando el tumor es inoperable la vida que más importa es la del feto. Si el cáncer es operable y el embarazo está muy en sus comienzos, se debe interrumpir, esperar á que termine el puerperio y practicar después la extirpación del tumor. Al final del embarazo se aconseja practicar la operación cesárea, como se hizo en el caso referido, y en otra sesión proceder á la extirpación del cáncer.

(*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Mayo de 1907.)

---

**Pólipos del recto.** (*Journ. de Méd.*)

Se coloca el espéculum de manera que el canal formado por ambas valvas mire á la pared intestinal posterior—colocado el pa-

ciente en posición genu-pectoral—y se vuelve el espéculum de modo que se vayan explorando sucesivamente las paredes laterales y anterior. Al llegar el canal á comunicarse con el pólipo, se precipita éste en él, no quedando que hacer otra cosa que cogerle con unas pinzas de pólipos y extraerle á fuerza de tirar, dándole vueltas.

---

**Un absceso en las márgenes del ano.** (*Siglo Médico*, Mayo de 1907.)

El Dr. Gómez Aguirre cita el caso de una señora de treinta años, casada, multípara y embarazada de seis meses, por la cual fué llamado, encontrándola con absceso del tejido célulo-adiposo pre-rectal, que incindió, curando la herida á los pocos días. Tres ó cuatro meses después fué llamado de nuevo por dicha señora, encontrando un tumor del tamaño de media naranja en la región isquiática izquierda, que, dilatado, arrojó gran cantidad de pus y un cuerpo extraño del tamaño de un piñón, muy duro (¿coprolito?), de consistencia arcillosa y burbujas de aire, indicios de la perforación del recto.

Lo raro del caso se lo explica el Dr. Aguirre considerando que teniendo que hacer esta señora grandes esfuerzos, por ser muy estreñida, al defecar, el cuerpo extraño erosionara la mucosa, concluyendo por perforarla y producir la lesión.

DR. F. MARTÍNEZ SUÁREZ

---

# BIBLIOGRAFÍA

**Valor clínico de la oftalmometría,** por el Dr. D. M. Márquez. Barcelona, 1906.

Pocas veces puede estar el elogio tan justificado como después de la lectura de este interesantísimo folleto, en que el notable oculista del Real Hospital del Buen Suceso y profesor del Instituto Oftálmico Nacional desarrolla el tema oficial que la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana tuvo el acierto de confiarle el año pasado.

Fundado en el examen de 550 ojos correspondientes á 282 enfermos, puede enseñarse con orgullo, como hermosa muestra de los frutos que es capaz de dar la investigación personal cuando se realiza con amor, se efectúa con inteligencia y se lleva á cabo con imparcialidad. Y si puede figurar honrosamente junto á los trabajos de investigación extranjeros, cabe deducir que es capaz de servir de pauta ó norma entre nosotros, tan faltos de investigaciones personales.

La materia está desenvuelta en tres partes distintas: I, introducción, en que después de algunas consideraciones generales, se ocupa

del oftalmómetro Javal-Schiötz, exponiendo sus fundamentos; describe los diversos modelos en uso común y los por él empleados (Meyrowitz y Pflster &.ª Streit), y hace observaciones acerca del manejo del instrumento, dando á conocer la notación por él empleada

En la II expone sucintamente sus observaciones en seis cuadros, siendo verdaderamente magistral el tercero, dedicado á comparar la relación entre el astigmatismo oftalmométrico y el subjetivo en 191 ojos.

Y en la III se ocupa de la utilidad oftalmométrica deducida de las anteriores observaciones, examinando sucesivamente el astigmatismo regular, el bioblicuo, el post-operatorio, la relación entre ambos ojos; compara la oftalmometría con los restantes procedimientos exploratives de la astigmia; describe cómo se explora un astigmático y las reglas que se deducen para la prescripción de los cristales, y acaba deduciendo las enseñanzas de su trabajo en diez y ocho claras y precisas conclusiones, resumidas á su vez en la final en esta fórmula concreta y categórica: «El valor de la oftalmometría clínica es considerable, por contribuir á la más exacta determinación y al más seguro tratamiento de la astigmia.»

No tiene el ilustre autor de este hermoso trabajo necesidad alguna de nuestros elogios para su difusión, y no van á ello encaminadas estas líneas, puesto que su nombre está ya consagrado por la aceptación general, que hace justa estima de su verdadero valer, y muy especialmente en los asuntos oftalmométricos, que domina y maneja cual el primero de entre los mejores; pero seríamos injustos si no le destacáramos con todos los honores que se merece.

Y que le tributamos con verdadero gusto.

---

**Beneficencia y salubridad de Jaén**, por E. Espejo y García (folleto en 4.°, de 111 páginas, 1906).

En él ha condensado sucintamente el ilustre decano de la Beneficencia municipal todas las observaciones que le merece la higiene actual y los progresos posibles de la de Jaén.

Esta bella Memoria reglamentaria, «comprensiva del funcionamiento benéfico-sanitario, estadísticas, examen de las causas de las enfermedades y reformas que las reduzcan», es ante todo, y sin género ninguno de duda, un trabajo sincero, pues sin eufemismos que velen la realidad señala las deficiencias higiénicas de la bien situada capital andaluza, su influencia sobre su mortalidad y, lo que es aún más útil, la manera segura y fácil de corregirlas, verdadera labor de crítica positiva.

La sencillez y claridad de la exposición la hacen aún más útil y estimable.

Y los numerosos cuadros y las gráficas que la ilustran documentan sus afirmaciones.

¿Serán éstas tan útiles como es de desear á la precisa mejora de Jaén?

Dados nuestros hábitos más comunes, de temer es que no. Pero si así no fuera, quedaría á la Medicina, como tantas otras veces, el honrado orgullo de haber señalado la manera de realizarlo.

Y al Sr. Espejo, el de haber cumplido su deber con inteligencia y lealtad que le enaltecen.

---

# VARIEDADES

**Homenajes al Dr. Gutiérrez.**—El hecho de haber sido nuestro querido Director, D. Eugenio Gutiérrez, encargado de la asistencia al parto de nuestra augusta y hermosa Soberana, ha sido motivo para que por lo acertado de sus servicios, queriendo SS. MM. darle una prueba más de su satisfacción, le hayan honrado concediéndole, además de la gran cruz de Isabel la Católica, el título de Conde de San Diego, elevándole así á las jerarquías de la aristocracia.

Tales actos han suscitado múltiples manifestaciones de corporaciones y compañeros para felicitarle cordialmente, y la REVISTA, á espaldas suyas y rompiendo con el misoneísmo consuetudinario de callar de los propios, quiere unir á la de todos su felicitación sincera.

Le debe su apoyo, el prestigio de su nombre, el cuidado cariñoso de su dirección y la colaboración constante de sus trabajos, y no puede ni debe, y aunque pudiera y debiera, no querría, pasar tales faustos acontecimientos en silencio.

Llegado á su apogeo, estamos bien ciertos que estas líneas no podrán añadir un ápice de brillo á su figura; y esto mismo nos da libertad para escribirlas.

Pero por gratitud no puede dejar de hacerlo; porque teniéndolo todo y agobiado de trabajo, ni una sola vez le ha visto desertar de la dirección activa, sacrificándola no pocos de los ratos del sueño indispensable, cuando á nada puede aspirar, y le ve seguir trabajando para ella con el mismo ardoroso afán é igual constante disciplina que si hubiera de comenzar ahora en ella su expansión profesional.

Y aun sin los recientes honores ganados, la REVISTA debe decirlo; para destacarle por su laboriosidad inagotable sobre el montón

común, y ¡ay! harto grande de los no trabajadores, y aun sobre el mucho más pequeño de los irregularmente productores.

Que nada nuevo hay en decir, pero es necesario repetirlo, que si es honroso y meritorio trabajar para llegar, lo es infinitamente más, en todas partes, seguir trabajando con la misma asiduidad después de llegado, y más aún en nuestro país, donde los frutos de la labor son tan excepcionales.

No es, por fortuna, único, porque en la Medicina española hay trabajadores infatigables que la honran también y la enaltecen. ¿Pero qué duda cabe que hay numerosas y privilegiadas inteligencias poco útiles ó casi estériles para la producción progresiva, dormidas en el bienestar clínico ganado ó temerosas de comenzar una labor necesaria?

Por eso es preciso presentar estos ejemplos, confortadores de ánimos vacilantes y estimuladores de necesitados, puesto que lo son todo y todo lo han logrado con un solo, poderoso y exclusivo medio: el trabajo inteligente.

¡Fruto hermoso de la voluntad perseverante, reina y señora del mundo!

**Mejora higiénica plausible: Los inspectores médicos municipales de Salubridad é Higiene públicas de Madrid.**— Grandes son los esfuerzos que el Ayuntamiento de esta corte viene realizando desde hace algunos años para mejorar todos los servicios que la ley le encomienda, á pesar de las enormes dificultades con que tropieza, ya por deficiencias de la legislación en general, sobre todo de la sanitaria, ya por la exigüidad de los créditos disponibles en su presupuesto; pero esto no ha sido obstáculo para que haya creado é implantado nuevos organismos municipales, consagrados exclusivamente al bien supremo de conservar la salud pública, procurando disminuir las diversas causas de insalubridad que producen un sinnúmero de enfermedades perfectamente evitables.

Preciso era para la consecución de tan loable objeto inspirarse en algo de lo mucho bueno que en el extranjero existe en materia sanitaria, y á este propósito, á mediados del año 1905, se dió comienzo al empadronamiento sanitario de las viviendas, encomendando provisionalmente tan importantísimo trabajo á diez médicos de número de la Beneficencia Municipal, los cuales vienen ocupándose sin descanso desde aquella fecha en el cumplimiento de tan beneficiosa tarea, que dará por resultado conocer las múltiples causas de insalubridad que influyen por modo directo en la salud pública, siendo origen del exceso de morbilidad y mortalidad que acusan nuestras estadísticas, cuyo exceso puede y debe atajarse practicando rigurosamente los preceptos que la higiene nos recomienda.

Mucho habremos conseguido, si, como es de esperar, para dentro de unos ocho años se halla concluído el empadronamiento sanitario de las casas, pues con los numerosos datos técnicos y estadísticos que historial tan completo aporte, bien fácil será tener exacto conocimiento de las condiciones que reúnen las viviendas en todos sus detalles, y más fácil aún la aplicación de los remedios para evitar ó contener los numerosos focos de infección que todos conocemos y hemos podido comprobar en nuestras visitas domiciliarias, de las cuales se deduce también que existen en Madrid numerosas fincas habitadas que no reúnen ni las más indispensables condiciones para estarlo, pues aunque algunas sean susceptibles de mejoras en este sentido, otras hay en cambio donde se hace imposible su reforma por la falta de servicios tan esenciales para acometer toda obra de saneamiento, como son los de alcantarillado para la evacuación y alejamiento de materias fecales y el de aprovisionamiento de aguas potables para los diversos usos domésticos y sanitarios.

De todos modos, y para consolidar la importante mejora que supone la existencia y funcionamiento del Cuerpo de Inspectores de Salubridad, confirmados definitivamente en sus cargos desde el comienzo del año actual, y que, además de hallarse encargados de la formación del indicado padrón sanitario, se les ha encomendado recientemente la inspección de escuelas públicas, la de las casas llamadas de dormir y la de otros establecimientos insalubres, debieran, en sentir nuestro, ponerse en relación armónica los diferentes centros técnicos que del Ayuntamiento dependen, ligados todos en estrecho lazo con la higiene y salubridad públicas, y seguramente llegaría á ser un hecho la tan anhelada reorganización sanitaria, si, como es de esperar, cooperan y auxilian al Municipio, prestándole su eficaz concurso en tan meritoria labor, el Estado, la provincia y los particulares todos, interesados en que la capital de España pueda figurar, en cuanto á higiene se refiere, entre las más importantes del mundo civilizado.

Dr. Eduardo Masip

# AVISO

*Toda la correspondencia administrativa* (suscripciones, bajas, reclamaciones, devoluciones, etc.), así como los *giros, pagos y cobros,* se dirigirán al

**Sr. D. Manuel Lahora,**

*calle de Augusto Figueroa, núm.* 36, *segundo.*

---

El *cambio* ó *canje* de periódicos, *libros* ó *folletos* para bibliografía, y *trabajos* ó *artículos* para la Revista, al Instituto Rubio, á nombre de los *Secretarios de Redacción.*

Closed
ST.